Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Küstner.

Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1908/09 bis 1910/11.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Königl. Universität Breslau

zur

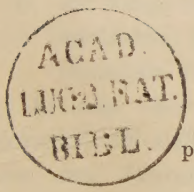
Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Max Bleisch,
prakt. Arzt in Naumburg a. Qu.



Breslau 1911.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Küstner.

Die Wichtigkeit der Beckenform für den Ausgang der Geburt bei Mutter und Kind bringt es mit sich, daß den Geburten bei engem Becken immer größere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Und so ist mir die Aufgabe geworden, die Arbeiten von Heinsius, Kretschmer, Kapischke und Kohn über die Geburten beim engen Becken in der Breslauer Universitäts-Frauenklinik aus den Jahren 1894 bis 1908 fortzusetzen, wie ja eine ganze Anzahl von Kliniken großen Wert darauf legen, eine möglichst große Menge von Geburten bei engem Becken zu sammeln und ihre Resultate mit denen anderer Kliniken zu vergleichen. Gilt es doch, nicht nur den Wert der alten anerkannten Operationsmethoden zu prüfen, sondern auch möglichst objektiv festzustellen, was die neuen Methoden in bezug auf den Ausgang für Mutter und Kind zu leisten vermögen und inwieweit sie danach den alten vorzuziehen sind. Als Zweck der Arbeit möchte ich also betrachten:

1. die Feststellung des Ausganges der Geburten bei engem Becken für Mutter und Kind und der Resultate der einzelnen Operationsmethoden;
2. die Frage zu beantworten, ob durch neuere Operationsmethoden, speziell durch die sectio cervicalis, bessere Resultate für Mutter und Kind erzielt werden können.

In den oben erwähnten Arbeiten aus der Breslauer Frauenklinik sind zusammengestellt worden: von Heinsius aus den Jahren 1894/95 bis 1896/97 139 Fälle, von Kretschmer aus den Jahren 1897/98 bis 1899/1900 115 Fälle, von Kapischke aus den Jahren 1900/01 bis 1902/03 403 Fälle und von Kohn aus den Jahren 1903/04 bis 1907/08 322 Fälle. Mir stehen aus den Jahren 1908/09 bis 1910/11 211 sowohl dem klinischen als dem poliklinischen Material entnommene Fälle von Geburten bei engem Becken zur Verfügung.

Als obere Grenze für das enge Becken habe ich, wie es Heinsius und Kohn gemacht haben und wie ich es auch bei Yamasaki gefunden habe, eine solche von einer conjugata diagonalis = 11,5 cm resp. einer conjugata vera = 9,5 cm genommen. Diese Maße, wie die übrigen angegebenen Beckenmaße sind teils direkt den Geburtsjournalen, teils dem „Enges Beckenbuch“ entnommen. Wo die c. v. nicht direkt mit dem Küstnerschen Verazirkel gemessen wurde oder nicht schon durch Schätzung aus der c. d. im Geburtsbericht vermerkt wurde, habe ich sie durch Abzug von 2 cm von der c. d. bestimmt. Ich habe die Fälle unberücksichtigt gelassen — im Gegensatz zu Kohn, Heinsius, Kretschmer und Kapischke —, bei denen keinerlei Maßangabe zu finden war, da ich fürchtete, daß der Objektivität des entbindenden Arztes in der Beurteilung des Beckens doch mitunter Fehler unterlaufen sind, wenn er keinerlei Maßangaben in dem Geburtsbericht macht. Ebenso halte ich den Geburtsverlauf allein für nicht genügend, um auf ein enges Becken zu schließen und dies für die Berechnung zu verwerten. Dagegen habe ich die wenigen Fälle, bei denen aus anderen Maßen, als die c. d. oder c. v., ein einigermaßen sicherer Schluß auf eine Beckenverengerung gezogen werden kann, aufgeführt und auch bei den Endresultaten verwertet, ebenso die Fälle, bei denen „Promontorium leicht erreicht“ oder dergleichen vermerkt ist.

Um kurz die Ätiologie der engen Becken zu streifen, führe ich folgende Angaben an, die ich in 122 Fällen in den Geburtsgeschichten gefunden habe:

Rhachitis in 85 Fällen = 69,6 % (Kohn in 45,21 %).
Chlorose und Tbc.-belastung in 7 Fällen = 5,8 %.
Exsudative Diathese in 3 Fällen = 2,4 %.
Allgemeine Schwächlichkeit und Kleinheit in 25 Fällen = 20,5 %.
Unfall als Kind (Kyphoskoliosen, Tbc.?) in 2 Fällen = 1,6 %.

Von den 211 Fällen bei engem Becken sind 57 Erstgebärende, 50 Zweitgebärdende und 104 Mehrgebärende. Das Alter der Gebärenden zeigt keinen abnormen Fall, die größte Mehrzahl befindet sich zwischen 20 und 30 Jahren.

Die folgende Tabelle gibt Aufschluß über die verschiedenen Kindslagen:

Kindslage	I. p.	II. p.	Mehrp.
I. Schädellage	35	33	54
II. Schädellage	17	13	29
Stirnlage	2	0	4
Gesichtslage	1	0	0
Beckenendlage	0	1	8
Querlage	1	3	8

2 Geburten sind Zwillingsgeburten, der eine Fall eine Mehrgebärende, die Kinder lagen in I. und II. Schädellage, der andere Fall eine Erstgebärende mit I. Schädellage und II. Steißlage. Sie sind in obiger Tabelle nicht einbezogen.

Es beträgt demnach die Zahl der Schädellagen beim engen Becken 86,6 %. Ganz ähnliche Zahlen haben Litzmann und Metzler, nämlich 84,6 % resp. 87,1 %. Die regelwidrigen Lagen machen 13,4 % aus, und zwar nehmen sie, wie stets beobachtet, bei Mehrgebärenden einen bedeutend größeren Prozentsatz ein. Während sie bei Erstgebärenden 7,1 % der Gesamtzahl betragen (Metzler 8,3 %), sind es bei Zweit- und Mehrgebärenden 15,1 %. Am stärksten sind die Beckenendlagen und Querlagen bei Mehrgebärenden beteiligt und zwar in einer Höhe von 13,1 %.

Im Folgenden lasse ich ein Verzeichnis der von mir zusammengestellten 211 Geburten bei engem Becken folgen. Sie sind zusammengestellt wie in den 3 letzten Arbeiten über die Geburten bei engem Becken, und zwar nach Graden von 1 zu 1 cm, d. h. 1. c. v. 9,5—8,5, 2. 8,4—7,5, 3. 7,4 bis 6,5, 4. die Fälle ohne Angabe der c. v. oder c. d. Außerdem werden bei jedem Grade der Beckenverengung die Erst- und Mehrgebärenden gesondert behandelt und diese wieder nach dem Entbindungsmodus zusammengestellt.

Hierfür habe ich gleich Metzler die Glöcknerschen folgenden Grundsätze benutzt:

Es rechnen unter:

1. Spontangeburt: alle Fälle, die in Schädellage verlaufen, Die äußeren Handgriffe (Cristeller, Hofmeier) oder Versuche, Komplikationen zu beseitigen (Umwandlung pathologischer Lagen in normale, Reposition von vorgefallener Nabelschnur oder vorgefallenen Extremitäten) oder Walchersche Hängelage rechne ich mit hierher.
2. Typische Zange: alle Geburten, bei denen die Zange am vorangehenden Kopfe nach den Maximen für diese Operation angelegt war.
3. Hohe Zange: die Fälle, die durch Zangenextraktion am beweglichen, über dem Beckeneingang stehenden Kopfe beendet wurden.
4. Wendung: alle sowohl aus Kopflage, als aus Querlage auf den Fuß gewendeten und extrahierten Fälle, auch bei Perforation des nachfolgenden Kopfes. Die Perforation des nachfolgenden Kopfes rechne ich gleich Metzler nicht zur Perforation, weil dadurch das Resultat der Wendungen ungerechtfertigterweise ganz erheblich verbessert würde.
5. Perforation: alle durch Perforation am vorangehenden Kopf beendeten Geburten und ein Fall von Rhachiotomie.
6. Extraktion: alle Fälle von primären Beckenendlagen, ob sie sofort extrahiert worden sind oder ob nur Armlösung usw. gemacht worden ist.

Die verschiedenen Arten des Kaiserschnittes führe ich in der Tabelle gesondert an, in der späteren genaueren Besprechung trenne ich nur klassischen vom cervikalen Kaiserschnitt.

Künstliche Frühgeburt und Hebosteotomie fand ich je nur durch einen Fall vertreten. Ich behandelte sie daher beide bei der hohen Zange, die zur Beendigung der Geburt in beiden Fällen vorgenommen wurde.

Erklärungen zu dem Verzeichnis der Fälle.

Pol. = der Fall ist dem poliklinischen Material entnommen.
Kl. = der Fall stammt aus der geburtshiflichen Station der Klinik
Gyn. = der Fall entstammt der gynäkologischen Station.
sp. i. = distantia spinarum iliacarum.
cr. i. = distantia cristarum iliacarum.
c. d. = conjugata diagonalis.
c. v. = conjugata vera.
B. E. = Beckeneingang nicht unter.
B. M. = Beckenmitte nicht unter.
B. A. = Beckenausgang nicht unter.
K. = Knabe.
M. = Mädchen.
Die erste Zahl hinter K. oder M. lebt oder tot = Gewicht.
L. = Länge.
K. U. = Kopfumfang.
Sch. U. = Schulterumfang.
Gr. D. = Gerader Durchmesser des Kopfes.
Gr. schr. = Großer schräger Durchmesser des Kopfes.
Kl. schr. = Kleiner schräger Durchmesser des Kopfes.
Gr. qu. = Großer querer Durchmesser des Kopfes.
Kl. qu. = Kleiner querer Durchmesser des Kopfes.
p. oder part. = partus.
p. p. = post partum.
a. p. = ante partum.
Die Beckenmaße bedeuten von links nach rechts gelesen: Distantia spinarum, distantia cristarum, conjugata externa, conjugata diagonalis, wenn ihre nähere Bezeichnung nicht besonders vor der betreffenden Zahl angegeben ist.
Gc. = Gonokokken.
Tbc. = Tuberkulose.

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
I. Erstgebärende.												
Spontangeburten.												
1. 09/10. Pol. 452	17	I. p.	25 28,5 18 c. d. 11	—	I. Schl.	—	34	Mekoniumabgang	—	M. lebt, 3030, L. 51, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr. D. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. 14, Kl. schr. $9\frac{1}{2}$, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 7,5	—	Mutter: klein. Kind: starke Kopfgeschwulst. Spontangeburt.
2. 08/09. Kl. 141	23	I. p. Rhachitis	23 26 15 10 c. v. $8\frac{3}{4}$ B. M. 10 B. A. 8	—	II. Schl.	vorzeitig	12	Urin: 3,75‰ Album., Zylinder	6. Tag 38,5 8. Tag 40,0. Status subfebrilis bis zur Entlassung. Mastitis dextra, Bronchitis	M. lebt, 2450, L. 48, K. U. 34,5, Sch. U. 32, Gr. D. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. 9, Gr. qu. 9, Kl. qu. $7\frac{1}{4}$	—	Spontangeburt. Mutter 126 cm groß, schwach ausgeprägt. Kyphoskoliose, Hängebauch. Kind leicht asphyktisch
3. 08/09. Kl. 255	28	I. p. Als Kind gefallen, vor 2 Jahren Appendicitis	24 27,5 19 10,5 c. v. 9 B. M. 10 B. A. 9	—	I. Schl.	—	$12\frac{1}{4}$	—	5. Tag 37,4	M. lebt, 3080, L. 51, K. U. 34,5 Sch. U. 34, Gr. D. 11,5, Gr. schr. $13\frac{3}{4}$, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8	Dammnaht	Mutter: leichte Kyphoskoliose. Kind: blau asphyktisch, wiederbelebt. Dammriß II. Gr. Spontangeburt
4. 08/09. Kl. 269	20	I. p. Rhachitis, mit 2 Jahren laufen gelernt	25 27,5 18 $10\frac{1}{4}$ c. v. $8\frac{3}{4}$ — 9 B. M. 11 B. A. 9,5	—	I. Schl.	—	24	Urin: Alb. stark †. Neigung zu hinterer Scheitelbeineinstellung.	o. B.	K. lebt, 3260, L. 52, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 14, Kl. schr. $10\frac{1}{4}$,	—	Mutter: klein, schlechte Zähne, rhachitisch. Thorax. Spontangeburt

Kl. 280		I. p.	16 c. d. 11	allgemein verengt	II. Schl.	vorzeitig	$9\frac{1}{2}$		o. B.	L. 47, K. U. 32, Sch. U. 32, Gr. D. 10,5, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 8. Kl. qu. 7		grazil. Kind: kleiner Kopf.
6. 08/09. Kl. 345	37	I. p. Als Kind Wolfsrachen	26 27 16 10 c. v. 8,5	platt	I. Schl.	—	$20\frac{3}{4}$	Mazeriert. Kind. Keine Herztöne	5. u. 8. Tag subfebrile Temperat., v. 5. Tage ab stinkende Lochien	M. tot, 2350, L. 51	—	Mutter: schwächlich. Kind: Kopfknochen pergamentartig. Spontangeburt
7. 08/09. Kl. 457	25	I. p.	24 26 18,5 11 c. v. 9,5 B. M. 10 B. A. 9	—	I. Schl.	vorzeitig	$14\frac{1}{2}$	—	o. B.	K. lebt, 3400, L. 53, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Kind: asphyktisch, starke Kopfgeschwulst, linksseitige Fazialisparese
8. 08/09. Kl. 496	27	I. p.	c. d. 11,5	—	II. Schl.	—	$37\frac{1}{4}$	Mekoniumabgang	o. B.	K. lebt, 3490, L. 52, K. U. 38, Sch. U. 39, Gr. D. $13\frac{1}{4}$, Gr. schr. 15, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9.5, Kl. qu. 8	—	Mutter: klein Kind: leicht asphyktisch; am 2. Tage Exitus des Kindes. Sektion: kleinere Blutungen in den inneren Organen. Spontangeburt
9. 08/09. Kl. 563	19	I. p. Rhachitis	23 26 16,5 $11\frac{1}{4}$ c. v. 9,5	—	I. Schl.	—	$90\frac{1}{2}$	—	5. Tag 37,4, geringes Infiltrat d. rechten Mamma	K. lebt, 2960, L. 50, K. U. 36,5, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: klein
10. 08/09. Kl. 849	28	I. p.	25 27 16 11 c v. $9\frac{1}{4}$ B. E. 10 B. M. 11 B. A. 8	—	I. Schl.	—	$29\frac{1}{2}$	vordere Muttermundslippe ödimatös, zw. Kopf u. Symphyse eingeklemmt	o. B.	K. lebt, 3140, L. 50, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. $8\frac{1}{4}$	—	Spontangeburt. Mutter: sehr klein, sehr starke Kyphoskoliose, starker Hängebauch. Kind: harte Kopfknochen

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
11. 08/09. Kl. 891	19	I. p. Mit 13 Jahren skrophulöse Augenentzündung	24 25 18 c. d. 11	platt	I. Schl.	—	29¾	—	o. B.	K. lebt, 3200, L. 50,5, K. U. 37,5, Sch. U. 36, Gr. D. 12,5, Gr. schr. 14,5, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8	Walcher-sche Hängelage	Mutter: klein, rhachitischer Rosenkranz. Spontangeburt
12. 08/09. Kl. 290	20	I. p.	24,5 26,5 18,5 10,5 c. v. 9—9,5	—	I. Schl.	—	38	neben dem etwas n. rechts abgewich. Kopf eine Hand	o. B.	K. lebt, 3300, L. 52, K. U. 37, Sch. U. 38, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9¾, Kl. qu. 9,5	—	Mutter: klein. Spontangeburt
13. 09/10. Kl. 539	20	I. p.	24 25 19,5 10 c. v. 9 B. E. 12 B. M. 12 B. A. 9	—	I. Schl.	—	14½	—	bis 4. Tag status subfebrilis. Riechende Lochien	M. lebt, 2650, L. 49,5, K. U. 35,5, Sch. U. 34,5, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13, Kl. schr. 9¼, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8¼	—	Spontangeburt. Mutter: rhachitisch. Rosenkranz. Kind: leicht asphyktisch
14. 09/10. Kl. 684	21	I. p. Rhachitis. Mit 1¼ Jahren laufen gelernt	24 25 17 9 c. v. 8¾ B. E. 11,5 B. M. 10,5 B. A. 10	Promontorium tiefstehend	I. Schl.	—	27¾	—	subfebrile Temp. bis 37,7. Riechende Lochien	K. lebt, 2720, L. 51,5, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr. D. 11, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	—	Mutter: klein, Verdickung der Rippenknorpel, vorspringende Tubera frontalia. Spontangeburt
15. 09/10. Kl. 695	23	I. p. Geschwister hatten Rhachitis	25 26,5 20 c. d. 11,5	—	I. Schl.	vorzeitig	85	—	o. B.	K. lebt, 2810, L. 51, K. U. 37, Sch. U. 36, Gr. D. 12, G. schr. 13,5, Kl. schr. 10.	Dammnaht	Dammriß I. Gr. Spontangeburt

Kl. 699			18,5 c. d. 10,5						K. U. 35, Sch. U. 35, Gr. D. 12, Gr. schr. 13, Kl. schr. 9, Gr. qu. 8¼, Kl. qu. 7		Spontangeburt
17. 10/11. Kl. 1073	23	I. p.	25,5 28 20 c. d. 10¾	—	II. Schl.	—	67¼	—	o. B.	M. lebt, 2540, L. 45, K. U. 33, Sch. U. 33, Gr. D. 11, Gr. schr. 12,5, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7	—	Spontangeburt
18. 10/11. Kl. 1107	25	I. p.	26 28 18,5 11 c. v. 9 B. E. 11 B. M. 11 B. A. 7	—	I. Schl.	—	3½	—	o. B.	M. lebt, 3000, L. 50, K. U. 34,5, Sch. U. 35, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7	—	Spontangeburt

Operative Entbindungen.

Zange.

19. 08/09. Kl. 227	25	I. p. Mit 1 Jahre laufen gelernt	24,5 28,5 21,5 c. d. 11,5	—	I. Schl.	—	72	Kontraktionsring	o. B.	K. lebt, 2940, L. 51, K. U. 33,5, Sch. U 31,5, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	Muttermundinzisionen. Zange. Credé. Scheidennaht	Mutter: rechtsseitiger Scheidenriß. Atonia uteri. Kind: asphyktisch, gr. Kopfgeschwulst
20. 08/09. Kl. 868	33	I. p. Vater an Lungenkrankheit gestorben. Mit 17 und 18 Jahren Chlorose	23 27 18 c. d. 11	—	I. Schl.	—	89½	Hydrammion. Kontraktionsring	Mutter 3 Stunden post partum gestorben	K. lebt, 3500, L. 56, K. U. 38, Sch. U. 40, Gr. D. 12¾, Gr. schr. 15, Kl. schr. 11, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9	Zange in Narkose. Credé. Scheiden- u. Dammnaht	Mutter: Riß b. ins linke Parametrium. Atonia uteri. Dammriß II. Gr. ½ Std. p. p. Puls klein, nicht zählbar, Bläss. 1 Std. p. p. Kollaps. 3 Std. p. p. Exitus. Sektion: Harnblasengrund hämorrhagisch. Keine Uterusruptur. Arteria uterina nicht verletzt. Starke Strumabildung. Todesursache unklar. Kind: am rechten Scheitelbein Druckmarke. Am 3. T. Exitus

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
21. 10/11. Kl. 623	20	I. p.	21. 25,5 17,5 10,5 c. v. 9¼ B. C. 11 B. M. 8,5 B. A. 9,5	—	II. Schl.	—	14¾	tiefer Querstand	2. Tag 38,4 5. u. 6. Tag 38,1 7. Tag 38,0	K. lebt, 3500, L. 52, K. U. 36,5, Sch. U. 38. Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7,5	Episiotomie. Zange in Narkose. Episiotomiennaht	Kind: leicht asphyktisch, am 5. Tage Blennorrhoe, Gc. +
Hohe Zange.												
22. 09/10. Kl. 262	22	I. p. Rhachitis	c. d. 10¾	flaches, schmal. Becken	II. Schl.	vorzeitig	36¼	Febris intra partum: 38,6. Puls 74. Eklampsie. Kontraktionsring. Herztöne 70—80	5. Tag: Lochiometra. Temp. 38,1	K. tot, 3360, L. 54	Muttermundsinzisionen. Episiotomie. Hohe Zange Credé. Damm- und Muttermundsnaht	Mutter: Atonia uteri. Hintere Scheidenwand um die Portio herum tief eingerissen. Kind: schwer asphykt., nicht wieder belebt
Wendung.												
23. 08/09. Pol. 851	25	I. p.	c. d. 10.5	—	I. Schl.	—	60½	Hinterscheitelbeineinstellung	—	K. tot	Wendung. Dammnaht	Mutter verweigert die Aufnahme i. d. Klinik, Dammriß II. Gr. Kind: großer, harter Kopf
Perforation.												
24. 10/11. Pol. 507	27	I. p. Rhachitis. Mit 23 Jahren Pleuritis u. Spitzentbc.	c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	54¾	Kind bei Ankunft der Poliklinik tot	- -	K. tot	Perforation Extraktion mit dem Craniocasten	Kind: starke Kopfgeschwulst
25. 08/09. Kl. 653	23	I. p. Zangenversuch ist dem Privatarzt mißglückt	c. d. 11	—	II. Schl.	—	68½	Kind bei Einlieferung	1. 10. Tag Temperaturen bis 38,8	M. tot, 3300, L. 55, K. U. 34, Sch. U. 36	Perforation Extraktion mit dem	Fruchtwasser übelriechend.

26. 08/09. Kl. 839	22	I. p.	25,5 29 19 c. d. 11	—	I. Schl.	—	37	Vorderscheitelbeineinstellung. Drohende Asphyxie. Cyanose der Mutter. Dauerkontraktionen. Keine Herztöne. Kontraktionsring	schwäche, Puls 132, desorientiert. Status subfebrilis, riechende Locchien, Thrombose der linken saphena am 5. Tage	K. tot, 2520, L. 56	mit dem Craniotomie. Credé. Dammnaht	Atonia uteri, Dammriß II. Gr. Kind: harter Kopf, mäßige Kopfgeschwulst
27. 10/11. Kl. 425	21	I. p.	24,5 28 c. d. 11	—	I. Gesichtslage	—	39	Herztöne nicht zu hören. Febrisintra partum: 12 St. a. p 39,9 3 St. a. p 38,0	2.—8. Tag T. zwisch 38,2 u. 39,9	K. tot, 3620, L. 53	Perforation Extraktion mit dem Craniotomie. Cervixnaht	Mutter: klein. Cervixriß, Versuch eine Hinterhauptslage herzustellen mißlingt.

Sectio transperitonealis cervicalis.

28. 09/10. Kl. 298 Gyn. 349	21	I. p. Rhachitis, mit 4 Jahren laufen gelernt	24,5 28 17,5 10,5 c. v. 8,5 B. E. 10 B. M. 10,5 B. A. 7—8	—	II. Schl.	vorzeitig	4	Hinterscheitelbeineinstellung. Kontraktionsring	8. Tag riechende Lochien. 1.—7. Tag 37,9–38,2, Puls um 120. 8. Tag 38,8, Puls 132. 9.–12. Tag um 38,4. Puls um 124.	M. lebt, 3440, L. 50, K. U. 36,5, Schr. U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 14,5, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis transperitonealis	Mutter: klein, rechtsseitige Kyphoskoliose, Zeichen überstandener Rhachitis. Extraperitoneal zu bleiben mißlingt. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert. Narbe vollständig geschlossen. Keine Klagen
29. 09/10. Kl. 510 Gyn. 214	23	I. p. Mit 21 Jahren Polyarthritis rheumatica. Will lebendes Kind	24 25,5 17,5 c. d. 10,5—11	Promontor. stark vorspringend	I. Schl.	—	49¾	Kopf nach rechts abgewichen, Hinterscheitelbeineinstellung, Mekoniumabgang, Herztöne 100	3.—6. Tag T. um 38,0. 6. Tag 120 Puls.	M. lebt, 3230, L. 53, K. U. 36, Sch. U. 38,5, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis transperitonealis	Kind: tief asphyktisch. Entlassungsbefund: Per primam geheilt. Versuch, Blase abzuschieben, mißlingt

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
Sectio extraperitonealis cervicalis.												
30. 08/09. Pol. 244 Kl. 274 Gyn. 282	33	I. p. Mutter an Tbc. †. Als Kind Rhachitis. Angeblich mit $1\frac{1}{2}$ Jahren Kreuzbeinbruch, erst mit 18 J. wieder laufen gelernt	27 28 17 c. d. 11	schräg verengt	I. Schl.	—	—	Urin: Alb. stark †. Kontraktionsring	1.—5. Tag 38,0–38.4. 6. u. 7. Tag 37,8. Puls dauernd unter 100	M. lebt, 2920, L. 53, K. U. 35	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: asphyktisch, große Kopfgeschwulst. Entlassungsbefund: feste Narbe mit 6 cm langem Fistelgang. Uterus sinistroponiert, anteflektiert. beweglich
31. 09/10. Pol. 531 Kl. 528 Gyn. 540	25	I. p.	c. d. $10\frac{3}{4}$	—	I. Schl.	—	$64\frac{1}{4}$	Hinterscheitelbeineinstellung, Kontraktionsring. Mekoniumabgang, schlechte Herztöne	1. Tag 38.5, Puls 136. 3. Tag 38,6, Puls 124, bis 6. Tag um 38,1	K. lebt. 3300. L. 50, K. U. 37. Sch. U. 39, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 11, Gr. qu. 10, Gr. qu. $9\frac{1}{4}$	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: asphyktisch. Mutter: nach 14 Tagen Pneumonie Entlassungsbefund: festgeheilte, unempfindliche Narbe. Unten u. oben je ein Schorf ca. $1\frac{1}{2}$ cm breit. Unterer Teil der Narbe an der Cervix adhärent. Uterus retroflektiert. Keine Beschwerden.
32. 08/09. Kl. 499 Gyn. 595	32	I. p.	23 26 18 c. d. 11	allgem. verengt	II. Schl.	—	—	Temp. intra partum 37,7. Hinterscheitelbeineinstellung. Kontraktionsring	1.—6. Tag 38,0–38,9 P. 104 bis 132. 7.—14. Tg. um 38,2.	K. lebt, 3370, L. 50, K. U. 38.5, Sch. U. 38, Gr. D. $12\frac{1}{2}$, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10. Gr. qu. 10, Kl. qu. $9\frac{1}{4}$	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: grazil. Spitzbauch. Kind: großer, harter Kopf, schwer asphyktisch. 3. u. 5. Naht vereitert muß herausgenommen werden Entlassungsbefund: Uterus scharf anteflektiert, mobil. Wunde zu, bis auf eine fingerkuppengroße Stelle, die frisch epithelialisiert ist. In der Mitte eine feine Fistel-

33. 09/10. Kl. 507 Gyn. 157	32	I. p. Vater an Tbc. †. Mit 1½ Jahren laufen gelernt. Typhus abdominalis, Chorea minor. Mit 20 Jahren Polyarthritis rheumatica u. Endocarditis	25 27 17,5 10,5 c. v. 8,5 B. E. 11 B. M. 10 B. A. 6	stehes Becken	I. Schl.	—	42½	Mekoniumabg. Herztöne 160. Kontraktionsring	T. [illegible] Tg. 38,0—39,0 P. um 112	L. 57, K. U. 35, Sch. U. 38, Gr. D. 12. Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8	cervicalis extraperitonealis	starke Kopfgeschw., leicht asphyktisch. Am 9. Tage: Bauchnaht völlig vereitert, klafft handbreit
34. 09/10. Kl. 919 Gyn. 769	27	I. p.	c. d. 11	Promontor. stark vorspringend	I. Schl.	—	27½	Mekoniumhaltiges Fruchtwasser geht ab. Sehr verlangsamte Herztöne. Kind sehr geschädigt	Blase verdünnt. 2 Tage lang Dauerkatheter. 4. Tag 38,0. Eiter zwischen den Nähten. Nähte entfernt	M. tot, 3100, L. 51	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: große Kopfgeschwulst, leichenschlaff, Wiederbelebungsversuche vergeblich. Entlassungsbefund: Keine Beschwerden. Narbe fest. Eine 1 cm lange Granulation an unteren Narbenende. Uterus mit der Bauchwand verwachsen.
35. 10/11. Kl. 265 Gyn. 273	25	I. p.	24 27 18 c. d. 11,5	—	I. Stirnlage	—	20½	Dauerkontraktionen. Mekonium im Fruchtwasser. Herztöne 100, schwankend	o. B.	K. lebt, 3420, L. 51, K. U. 37, Sch. U. 39, Gr. D. 12, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. 10,5, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9¾,	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: großer, starker Kopf; schwer asphyktisch, schreit erst nach ¾ Stunden. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert, Narbe linear, fest. Uterus in der Gegend des unteren Wundwinkels fixiert
36. 10/11. Kl. 713 Gyn. 683	29	I. p. Als Kind schwächlich. Mit 2 Jahren lauf. gelernt. Wünscht lebend. Kind	27 29 21 c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	20	—	2. Tag Bronchitis. 3. Tag 38,8. 4. Tag 37,2. Puls 104. Lungeninfarkt. 13. Tag Bauchdeckenblasenfistel	K. lebt, 2500, L. 50, K. U. 35, Sch. U. 29. Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: zu großer Kopf. Bleich asphyktisch, stark mit Mekonium besudelt Entlassungsbefund: Wunde fast völlig geschlossen. Keine Beschwerden. Normale Temperatur. Uterus in Mittelstellung

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
37. 10/11. Kl. 1143 Gyn. 912	29	I. p.	26 28 21 c. d. 11	—	I. Schl.	—	37	Hinterscheitelbeineinstellung. Mekoniumabgang. Herztöne 84, schwankend	1.—7. Tag um 38,0, höchste 38,3	K. lebt, 3320, L. 51, K. U. 35,5, Sch. U. 39, Gr. D. 12, Gr. schr. $13\frac{3}{4}$, Kl. schr. $10\frac{1}{4}$, Gr. qu. $9\frac{3}{4}$, Kl. qu. 9	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: bleich asphyktisch, fast ohne Herzschlag, wiederbelebt. Entlassungsbefund: Geheilte Operationswunde mit vernarbter Fistel am unteren Wundrande. Uterus anteflektiert. Keine Beschwerden.
Zwillinge.												
38. 08/09. Kl. 568	32	I. p.	24 27 16 11 c. v. 9,5	Promontorium tiefstehend	a) II. Steißlage b) I. Schl.	—	$6\frac{1}{2}$	Placenta praevia lateralis. Geringe Blutung. Alb. 1‰.	2 Std. p. part. Exitus der Mutter. Sektion: Anaemisch. parenchymatöse Organe. Blutung ins Epicard. Schlaffes Herz. Keine Ruptur	a) K. lebt, 1700, L. 43, K. U. 30, Sch. U. 29, Gr. D. 10, Gr. schr. 12, Kl. schr. $10\frac{1}{2}$, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8. b) K. tot, 1800, L. 45, K. U. 31, Sch. U. 28	a) Extraktion, b) Wendung. Credé	Mutter: klein, rhachitischer Rosenkranz. — Kind: a) schwer asphyktisch, 3 Tage post part. †. Sektion: negativ. b) † geboren

II. Mehrgebärende.

Spontangeburten.

39. 08/09. Pol. 779	28	IV. p. I. part. Hydrocephalus, Totgeburt. II. u. III. part. spontan	c. d. 11	—	I. Schl.	—	—	T. 38,0 intra partum	—	K. lebt	—	Spontangeburt.
40. 08/09. Pol. 908	25	IV. p. 2 part. spontan. 1 Abort. Rhachitis	c. d. 11	platt	I. Schl.	—	19	—	—	K. lebt	—	Spontangeburt. Mutter:

		II. part. Gesichtslage, Wendung									Hängelage	gelingt nicht. Kind: starke Kopfgeschwulst
42. 09/10. Pol. 439 Kl. 443	36	IX. p. 4 Aborte, 2 Zang., 1 Spontangeb., 2 mal Wendung mit Perforation d. nachfolgend. Kopfes. Rhachitis, mit 3 Jahren laufen gelernt	24 27 19 c. d. 10,5	—	II. Schl.	—	62	Mekoniumabgang	—	M. lebt, 3520, L. 53, K. U. 37, Sch. U. 39, Gr. D. 12, Gr. schr. 17, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	—	Spontangeburt. Walchersche Hängelage ohne Erfolg. Kind: asphyktisch
43. 09/10. Pol. 720	45	VI. p. 4 part. spont. 1 part. Zange	c. d. 11,5	—	I. Schl.	—	$46\frac{3}{4}$	Hinterscheitelbeineinstellung	—	K. lebt	Credé	Atonia uteri. Kind: tief asphykt., Kopfgeschwulst. Spontangeburt
44. 09/10. Pol. 754	39	IX. p. 7 part. spont. 1 Zange	c. d. 11,5	—	II. Schl.	—	$37\frac{3}{4}$	—	—	K. lebt, 3500, K. U. 37	—	Spontangeburt
45. 10/11. Pol. 34	26	II. p. I. part. Perforation	c. d. 11	—	I. Schl.	—	—	—	—	M. lebt	Walchersche Hängelage, Hofmeiersche Impression	Spontangeburt
46. 10/11. Pol. 400	34	II. p.	26 30 19,5 11,5 c. v. 9 B. E. 10,5 B. M. 9 B. A. 8	—	I. Schl.	—	—	—	—	K. lebt	—	Spontangeburt
47. 10/11. Pol. 564	39	IX. p. 4 Zangen, 1 Abort	c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	—	—	—	K. lebt	Manuelle Plazentarlösung	Retentio placentae. Kind: Kopfgeschw. Spontangeburt

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
48. 10/11. Pol. 746	33	VII. p. I. part. Zange. II.—IV. part. spontan. V. part. Zange. VI. part. Frühgeburt 6. Mon. 4. Kind starb bald	26 29 17 c. d. 11	—	II. Schl.	—	13¾	—	—	M. lebt, 2900, L. 50, K. U. 34	—	Mutter: Spitzbauch, Kyphoskoliose. Kind: große Kopfgeschwulst
49. 08/09. Kl. 34	20	II. p. Rhachitis, mit 1½ J. laufen gelernt. I. part. spont.	24 26 18 c. d. 11	Promontor. leicht erreichbar	I. Schl.	—	15½	Hinterscheitelbeineinstellung	3. Tag 38,2, 6. Tag 38,5	K. lebt, 3210, L. 51, K. U. 33, Sch. U. 33,5, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13, Kl. schr. 9¾, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	—	Spontangeburt. Mutter: Rhachitisch. Rosenkranz
50. 08/09. Kl. 94	26	II. p. Rhachitis, spät laufen gelernt. In letzter Zeit lungenkrank. Chlorose. I. part. spontan	c. d. 11	—	I. Schl.	—	4¼	Bronchitis	4. Tag 38,1, 5. Tag 38,4	K. lebt, 2950, L. 49, K. U. 36, Sch. U. 33, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 8½, Kl. qu. 7¼	—	Mutter: klein, grazil, Tibiae säbelartig verkrümmt, Kyphoskoliose. Spontangeburt
51. 08/09. Kl. 125	27	III. p. Mit 4 Jahren laufen gelernt. I. part. schwer, spontan; Kind 6 Monate alt †. II. part. Forzeps, Kind 4 Monate alt †	24 27 17,5 c. d. 10½	—	I. Schl.	—	32	Pfeilnaht der Symphyse genähert	o. B.	M. lebt, 3100, L. 51, K. U. 33, Sch. U. 38, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 8¾, Kl. qu. 8	—	Mutter: angedeutet., rhachitischer Rosenkranz. Spontangeburt
52. 08/09. Kl. 254	26	II. p. I. part. spont.	24 29,5 17¾ c. d. 10,5	Allgemein	I. Schl.	vorzeitig	7¼	—	o. B.	K. lebt, 3660, L. 56, K. U. 37, Sch. U. 36,	—	Kind: leicht asphyktisch,

			c. v. $8\frac{3}{4}$-9 B. E. 12 B. M. 12 B. A. 10							Sch. U. 33, Gr. D. 11, Gr. schr. 12,5, Kl. schr. $9\frac{3}{4}$, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5		schenkel, schlechte Zähne. Spontangeburt
54. 08/09. Kl. 309	25	III. p. Spät laufen gelernt. 2 part. Zange	28,5 30 17,5 11 c. v. 9 B. E. 10 B. M. 11,5 B. A. 10	—	I. Schl.	—	25	Hinterscheitelbeineinstellung	o. B.	K. lebt, 3880, L. 55, K. U. 36, Sch. U. 41, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. $10\frac{1}{4}$, Kl. qu. $9\frac{1}{4}$	—	Spontangeburt
55. 08/09. Kl. 328	19	II. p. Mit 3 Jahren laufen gelernt	28,5 30 16 c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	$4\frac{3}{4}$	—	o. B.	K. lebt, 3250, L. 50, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: grazil
56. 08/09. Kl. 329	23	II. p.	c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	$15\frac{3}{4}$	—	o. B.	M. lebt, 3100, L. 50, K. U. 34, Sch. U. 38, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. $9\frac{1}{4}$, Kl. qu. $8\frac{1}{2}$	—	Spontangeburt. Mutter: klein, rhachitische Veränderungen
57. 08/09. Kl. 330	22	II. p. Spät laufen gelernt. Vor 2 Jahren Polyarthritis rheum. I. part. spont.	23 26 c. d. 11 Trochanteren: 30,5	—	I. Schl.	—	$27\frac{3}{4}$	—	o. B.	K. lebt, 4170, L. 54, K. U. 36, Sch. U. 45, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 11, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9	—	Mutter: krumme Beine. Spontangeburt
58. 08/09. Kl. 366	23	II. p. Im 2. J. laufen gelernt. Pneumonie m. 13 J. I. part. Perforation	23 27 18 10 c. v. 9 B. E. 10 B. M. 11 B. A. 9,5	—	II. Schl.	—	$48\frac{1}{2}$	—	vom 9. Tage ab riechende Lochien 10. Tg. 37,6	K. lebt, 3370, L. 54, K. U. 37, Sch. U. 37, Gr. D. 12, Gr. schr. 15, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8	—	Mutter: kl., 158 cm. Kind: ziemlich große Kopfgeschwulst. Spontangeburt

Lfde. No., Jahrgang. Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
59. 08/09. Kl. 435	33	V. p. Im 2. Jahre lauf. gelernt. I. part. Zange, and. normal	24 26 19 c. d. 11	Kreuzbein abgeknickt	I. Schl.	—	28	—	o. B.	K. lebt, 4100, L. 53, K. U. 36, Sch U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. $10\frac{1}{2}$, Gr. qu. $9\frac{1}{4}$, Kl. qu. $8\frac{1}{4}$	—	Spontangeburt
60. 08/09. Kl. 549	40	III. p.	25 27 20 c. d. 11	—	II. Schl.	—	$6\frac{1}{2}$	Puerperalpsychose	o. B.	K. lebt, 3570, L. 52, K. U. 35, Sch. U. 36,5, Gr. D. 11, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: Suicidversuch, Verlegung in die psychiatrische Klinik
61. 08/09. Kl. 594	35	V. p. I. part. Querlage, Perforation. II.–IV. part. spontan. I. part. Eklampsie	c. d. 11	—	I. Schl.	—	$38\frac{1}{2}$	—	o. B.	K. tot, 2750, L. 51, K. U. 34, Sch. U. 33	—	Mutter: grazil. Kind: tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Sektion: kleines, subdurales Hämatom an der link. Hälfte der Schädelbasis um das Forumen magnum herum. Todesursache: Asphyxie
62. 08/09. Kl. 649	26	II. p. Rhachitis, mit 2 Jahren laufen gelernt. I. part. 4 Tage nach Blasensprung spontan	26 28 19 11 c. v. 9,5 B. E. 10 B. M. 11 B. A. 9	—	I. Schl.	—	26	—	o. B.	M. lebt, 3700, L. 53, K. U. 35, Sch. U. 38, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	—	Mutter: klein, grazil. Spontangeburt
63. 08/09. Kl. 741	22	II. p. I. part. spont.	24 27 18,5 c. d. 11,5	—	I. Schl.	—	$80\frac{3}{4}$	—	o. B.	M. lebt, 2850, L. $50\frac{1}{2}$, K. U. 34, Sch. U. 34,5, Gr. D. $11\frac{1}{4}$,	—	Mutter: klein. Spontangeburt

Kl. 114		laufen gelernt. I. part. Symphyseotomie, Wochenbett fieberhaft, Kind 1/4 J. alt †. II. part. Frühgeburt mens. VII. Kind nach 1/4 J. †.	17 10¾ c. v. 8¾ B. E. 12 B. M. 12 B. A. 9							Sch. U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. 10¼, Gr. qu. 10½, Kl. qu. 9	Hängelage	
65. 08/09. Kl. 834	29	II. p. I. part. spont.	21 26 20 11¼ c. v. 9,5 B. E. 10 B. M. 10,5 B. A. 8,5	—	I. Schl.	—	8¾	—	o. B.	K. lebt, 3440, L. 50, K. U. 34, Sch. U. 38½, Gr. D. 11, Gr. schr. 13½, Kl. schr. 9, Gr. qu. 8¼, Kl. qu. 7	Walchersche Hängelage	Spontangeburt. Kind: leicht asphyktisch
66. 09/10. Kl. 91	24	II. p. I. part. Perforation	23 25 18 c. d. 10,5	—	II. Schl.	—	21½	Herztöne 80–92	o. B.	M. lebt, 3270, L. 51,5, K. U. 35,5, Sch. U. 36, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: klein. Walcher gelingt nicht. Kind: Impression a. d. recht. Scheitelbein
67. 09/10. Kl. 99	24	III. p. Rhachitis, mit 4 Jahren laufen gelernt. I. part. spontan. Kind lebt. II. part. Nabelschnurvorfall, Forzeps, Kind †	26 27 16 10¼ c. v. 8¾ B. E. 10,5 B. M. 11 B. A. 9,5	Promontor. scharf vorspringend	I. Schl.	—	19¾	Mekoniumabgang	o. B.	M. lebt, 3030, L. 51, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. schr. 13½, Kl. schr. 9¼, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: sehr klein, Skoliose, Tibiae verkrümmt. Kind: asphyktisch, große Kopfgeschwulst
68. 09/10. Kl. 136	23	III. p. I. part. spont. II. part. Forzeps	22 26 18 10,5 c. v. 9-9¼ B. E. 10,5 B. M. 11 B. A. 9	—	I. Schl.	—	17	—	o. B.	K. lebt, 3660, L. 51, K. U. 37, Sch. U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 14½, Kl. schr. 10½, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9¼	—	Spontangeburt. Mutter: klein, Hängebauch. Kind: große Kopfgeschwulst

Lfdc. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
69. 09/10. Kl. 215	26	III. p. Spät laufen gelernt. 2 part. spont.	23 27 19 10,5 c. v. 9,5 B. E. 11,5 B M. 11 B. A. 9	—	II. Schl.	—	$3\frac{1}{2}$	—	o. B.	K. lebt, 2950, L. 51, K. U. 36, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9,5	—	Mutter: sehr klein, Hängebauch. Spontangeburt
70. 09/10. Kl. 399	25	II. p.	28 30 19 10.5 c. v. knapp 9	—	II. Schl.	—	$16\frac{1}{2}$	—	o. B.	K. lebt, 3200, L. 53. K. U. 36, Sch. U. 39, Gr. D. $12\frac{1}{4}$, Gr. schr. $14\frac{1}{2}$, Kl. schr. $10\frac{3}{4}$, Gr. qu. $9\frac{3}{4}$, Kl. qu. $8\frac{3}{4}$	—	Spontangeburt
71. 09/10. Kl. 407	30	II. p.	25 29 21 $11\frac{1}{4}$ c. v. 9,5 B. E. 12 B. M. 12 B. A. 9	—	I. Schl.	—	$30\frac{1}{4}$	—	o. B.	K. lebt, 3860, L. 53, K. U. 37, Sch. U. 44, Gr. D. $12\frac{1}{4}$, Gr. schr. 14, Kl. schr. 11, Gr. qu. $10\frac{1}{2}$, Kl. qu. 10	—	Spontangeburt
72. 09/10. Kl. 456	25	II. p. I. part. Forzeps	24 26 18 10,5 c. v. $8\frac{3}{4}$ B. E. 11,5 B. M. 10,5 B. A. 9	—	II. Schl.	—	$41\frac{1}{4}$	—	4. Tag 38,1, 10. Tag 38,6	K. lebt, 3740, L. 53, K. U. 35,5, Sch. U. 40, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. $9\frac{1}{4}$, Kl. qu. 8	—	Mutter: etwas gekrümmte Unterschenkel. Spontangeburt
73. 09/10. Kl. 515	33	II. p. Chlorose. I. part. spont.	c. d. 10 c. v. $9\frac{1}{2}$ B. E. 11,5 B. M. 9,5 B. A. 9	—	II. Schl.	vorzeitig	$9\frac{1}{4}$	Kopf etwas nach links ab-	o. B.	M. lebt, 2810, L. 48,5. K. U. 35,5, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. schr. 13	—	Mutter: klein. Kind: Kopfgeschw. Spontangeburt

Kl. 523		Mit 3 Jahren lauf. gelernt. I. part. 2 monatlicher Abort	c. v. 9,5							Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. $9\frac{1}{4}$, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5		
75. 09/10. Kl. 553	23	II. p. Rhachitis, mit 1 Jahr laufen gelernt	25 27 19 11,5 c. v. 9,5 B. E. 12 B. M. 10,5 B. A. 9,5	—	I. Schl.	vor-zeitig	$8\frac{1}{4}$	—	3. u. 4. Tag T. bis 37,7. Riechende Lochien	M. lebt, 3100, L. 50, K. U. 35, Sch. U. 37, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 14,5, Kl. schr. 10, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7,5	—	Spontangeburt. Mutter: Zeichen überstandener Rhachitis
76. 09/10. Kl. 611	40	VII. p. I. und II. part. spontan. III. part. Querl IV. part. Frühgeburt i. 8. Mon. V. u. VI. part. Querlage. 4 Kinder leben	28 30 19 10,5 c. v. 9,5 B. E. 13 B. M. 12 B. A. 11,5	—	I. Schl.	—	$4\frac{1}{4}$	Kopf auf das linke Darmbein abgewichen	o. B.	K. lebt, 3900, L. 54, K. U. 39, Sch. U. 43, Gr. D. $12\frac{1}{4}$, Gr. schr. $14\frac{1}{4}$, Kl. schr. 11, Gr. qu. $10\frac{1}{4}$, Kl. qu. $9\frac{3}{4}$	—	Spontangeburt
77. 09/10. Kl. 623	28	III. p. Mit 4 Jahren lauf. gelernt I. part. Querlage, Kind †. II. part. spont.	24 26 18,5 c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	$9\frac{3}{4}$	—	o. B.	K. lebt, 2900, L. 50, K. U. 37, Sch. U. 37, Gr. D. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. $13\frac{3}{4}$, Kl. schr. $10\frac{1}{4}$, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8,5	—	Spontangeburt
78. 09/10. Kl. 630	23	II. p. Mit 17 Jahren Chlorose. 2 p. Forzeps, Kinder leben	22 26 18 c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	$24\frac{1}{4}$	—	o B.	M. lebt, 3390, L. 52, K. U. 36, Sch. U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. $9\frac{3}{4}$, Gr. qu. $9\frac{3}{4}$, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: Zeichen überstandener Rhachitis
79. 09/10. Kl. 666	26	II. p. I. part. Abort. mens. V.	24 26 19 c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	$6\frac{1}{2}$	—	o. B.	M. lebt, 2550, L. 47, K. U. 34,5, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. schr. 12,5, Kl. schr. 9, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	—	Spontangeburt

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
80. 09/10. Kl. 675	28	IV. p. I. part. Forzeps, II. part. Narkose, Kunsthilf. III. part. Narkose, Kunsthilf. Kinder lebend geboren	c. e. 19 c. d. 11	Promontor. hochstehend, stark vorspring.	I. Schl.	—	35¼	—	o. B.	K. lebt, 3800, L. 53, K. U. 38, Sch. U. 43, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9	—	Mutter: klein. Kind: Druckmarken am linken Scheitelbein und unterhalb des rechten Ohres. Spontangeburt
81. 10/11. Kl. 143	35	VI. p. Als Mädchen Chlorose. 1. Menses mit 23 Jahren. I. part. Unfall, Kind † im 8. Monat geb. II. part. Forzeps Kind † geb. III.—V. part. spontan, Kinder leben	25 28 18 10¼ c. v. 9¼ B. E. 12 B. M. 10 B. A. 9	—	I. Schl.	—	50¼	—	2. Tag 38,2	K. lebt, 3450, L. 53, K. U. 37, Sch. U. 40, Gr. D. 12,5, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7,5	—	Spontangeburt. Mutter: klein
82. 10/11. Kl. 381	27	III. p. Rhachitis. I. part. spont. II. part. Querlage. Kinder leben	20 24 17 c. d. 11	—	I. Schl.	—	23¼	—	o. B.	M. lebt, 2600, L. 48, K. U. 34, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: klein
83. 10/11. Kl. 914	29	IV. p. Rhachitis, Skrophulose. I. part. spontan. II. part. Wendung, Perforat. des nachfolgenden Kopfes. III. part.	25 27 20 c. d. 11	—	I. Schl.	—	19¾	—	o. B.	K. lebt, 3500, L. 50, K. U. 36, Sch. U. 38, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7½	—	Spontangeburt. Mutter: linke os pubis zeigt einen klaffenden Spalt, dessen Enden bewegl

84. 10/11. Kl. 1050	36	II. p. Mutter a. Tbc. + Rhachitis, mit 4 Jahren laufen gelernt. I. part. lange Dauer	26 27 16 11 c. v. 9 B. E. 11 B. M. 11 B. A. 7	—	I. Schl.	—	18¾	—	o. B.	K. lebt, 2600, L. 49, K. U. 34, Sch. U. 33, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13¼, Kl. schr. 9, Gr. qu. 9, Kl qu. 7¼		Spontangeburt. Mutter: sehr klein, Kyphoskoliose
Zange.												
85. 09/10. Pol. 639	31	III. p. I. part. gemini, spontan. II. part. Kunsthilfe. Mit 3 Jahren laufen gelernt	c. d. 10,5	—	I. Schl.	vorzeitig	—	Kopf auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen	—	K. lebt	Hofmeiersche Impress. Forzeps	Impression gelingt. Kind: groß, große Kopfgeschwulst
86. 10/11. Pol. 449	39	VI. p. 2 part. spont. 3 mal Zange	c. d. 11	—	I. Schl.	vorzeitig	17½	Herztöne schwankend	—	K. tot	Forzeps	Mutter: Hängebauch. Kind: große Kopfgeschwulst, asphykt., nicht wiederbelebt
87. 09/10. Kl. 125	23	II. p.	25 28 20 10 c. v. 9¼ B. E. 11 B. M. 11,5 B. A. 8,5	—	I. Schl.	—	21½	Mekoniumabgang, Herztöne stark verlangsamt, unregelmäßig	o. B.	K. lebt, 4070, L. 56, K. U. 35, Sch. U. 44, Gr. D. 12, Gr. schr. 14¼, Kl. schr. 10¾, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 9	Forzeps	Kind: sehr großer Kopf
88. 10/11. Kl. 390	36	VII. p. 2 part. mit Arzt. Kinder leben	25 27 17 10 c. v. 8¾ B. E. 11 B. M. 10 B. A. 9	—	I. Schl.	—	5⅝	Mekoniumabgang, Herztöne 80—115	o. B.	K. lebt, 3400, L. 51, K. U. 34, Sch. U. 33, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10½, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	Forzeps	—
89. 10/11. Kl. 1017	24	III. p. I. part. spont. II. part. Forzeps	27 28 18 10 c. v. 9¼	—	II. Schl.	—	11½	Nabelschnurvorfall, mekoniumhaltiges Fruchtwasser	6. u. 8. T. T. bis 39,4. Riechende Lochien	M. lebt, 3650, L. 53, K. U. 35, Sch. U. 41, Gr. D. 12, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	Forzeps	Kopf schon eingetreten. Kind: asphyktisch

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
					Hohe Zange.							
90. 10/11. Pol. 668	37	XII. p. 1mal Zange, 2 Querlagen, 2 Steißlagen (1mal mit Perforation des nachfolgenden Kopfes)	c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	—	Nabelschnurvorfall	—	K. lebt, 3200, L. 51	Narkose, hohe Zange	Kind: stark asphyktisch
91. 09/10. Kl. 914 Gyn. 721	33	VIII. p. Rhachitis, mit 3 Jahren laufen gelernt. Vater an Tbc. †. I. part. spontan, Kind † geboren. II. u. III. part. spontan, kleine Kinder, leben. IV. part. Steißl., kleines Kind, nach 10 Woch. †. V. part. Wendung, Kind †. VI. part. spont., groß, Kind lebt. VII. part. Wendung, Perforat. des nachfolgenden Kopfes	c. d. 11,5	—	I. Schl.	—	74½	Mekoniumabgang	28. Tag: Gehen erschwert	M. lebt, 3600, L. 53, K. U. 37, Sch. U. 41, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10,5, Gr. qu. 10½, Kl. qu. 10	Hebosteotomie, hohe Zange, Scheidennaht über Jodoformdocht	Walchersche Hängelage ohne Erfolg. Scheide reißt beim Auseinanderklaffen 8—10 cm ein. Entlassungsbefund: Geringe Diastase, auf Druck schmerzhaft. Uterus anteflektiert
92. 10/11. Kl. 7	32	III. p. Vater an Herz- u. Nierenkrankheit †. Rhachitis, mit 3 J. lauf. gelernt. Mit 14 J. Chlorose, Verkrümmung der	25 27 17 11 c. v. 9 B. E. 10 B. M. 7,5 B. A. 7	—	II. Schl.	—	10¼	Alb. 12‰. Herzschwäche der Mutter	3. Tag 38.1	K. lebt, 2420, L. 48,5, K. U. 34, Sch. U. 34, Gr. D. 11, Gr. schr. 12.5, Kl. schr. 9, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 8	Künstl. Frühgeburt. Hystereuryse, hohe Zange	Mutter: kl., 136 cm, Kyphoskoliose, Struma mäßigen Grades

		Nieren- und Blasenleiden, Herzschwäche. I. part. praemat. 32. Woche weg. 14‰ Alb. Kind totgebor.										
93. 10/11. Kl. 1083	29	III. p. Rhachitis, mit 2 J. lauf. gelernt. I. part. Forzeps, Kind †. II. part. Wendung, Kind 6 Wochen alt †	22 24 17 11 c. v. 9 B. E. 11 B. M. 11 B. A. 7	—	II. Schl.	—	13½	Herztöne 80	o. B.	M. lebt, 2520, L. 48, K. U. 33, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. 9,5, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 8	hohe Zange (Tarnier) Narkose	Mutter: klein, rhachitischer Knochenbau. Walchersche Hängelage ohne Erfolg. Kind: Asphyxie

Wendung.

a) Aus Kopflage.

94. 08/09. Pol. 2	37	III. p. Mit 3 J. lauf. gelernt, Krämpfe vor 1 Jahr Lungenkatarrh. 1. part. Wendg., Kind †. II. part. Wendg., Kind lebt, skrophulös	c. d. 10,5	—	II. Schl.	—	—	Kopf nach links abgewichen, Fußvorfall, schlechte Herztöne	—	M. tot	Narkose, Wendung, Credé, Cervixnaht	Kr. wird während der Extraktion asphyktisch, während der künstlichen Atmung stirbt das Kind ab. Cervixriß
95. 08/09. Pol. 236	42	XIV. p. 3mal Zange, 2mal Wendg. 6 Kinder leb.	c. d. 11	—	II. Schl.	vorzeitig	—	Hinterscheitelbeineinstellung	—	K. lebt	Narkose, Wendung	Kind: asphyktisch, Schädelimpression
96. 08/09. Pol. 432	30	VI. p. 1 Abort. 1 Zange.	22 26 18 c. d. 10-11	Promontor. vorspringend	I. Schl.	—	19¼	Hinterscheitelbeineinstellung. Krampfwehen	—	K. lebt	Wendung, Credé	Atonische Nachblutung. Kind: schwer asphyktisch
97. 08/09. Pol. 707	39	V. p. 2mal Perration, alle Kinder bis auf eins †	c. d. 11	—	I. Schl.	—	—	Kopf auf das rechte Darmbein abgewichen	—	M. lebt	Narkose. Wendung	Kind: leicht asphyktisch, Impression auf dem rechten Schläfenbein

Lfdc. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
98. 08/09. Pol. 876	35	V. p. I. und II. part. spontan, Kinder leben. III. part. Kind †. IV. part. spont. Frühgeburt, Kind lebt	c. d. 10,5—11	—	I. Schl.	—	—	Kopf auf die linke Darmbeinschaufel abwichen. Linker Arm vorgefallen	—	M. lebt	Wendung	Kind: harter, großer Kopf, schwer asphyktisch, Impression des linken Scheitelbeins
99. 08/09. Pol. 989	45	VI. p. 3 mal Kunsthilfe, 1 Kind lebt	c. d. 11	—	I. Schl.	vorzeitig	—	Nabelschnurvorfall	—	K. tot	Narkose, Wendung	Nabelschnur pulslos, soll 15 Min. vorher noch pulsiert haben
100. 09/10. Pol. 37	31	VII. p. 1 mal Zwillinge. 1 mal Wendung	c. d. 11	—	I. Schl.	—	—	schlechte Herztöne	—	M. lebt	Narkose, Wendung	—
101. 09/10. Pol. 48	29	IV. p. 1 mal Zange, 1 mal spontan. 1 Abort. Rhachitis	c. d. 10,5	Promontor. stark vorspringend	I. Stirnlage	vorzeitig	—	—	—	K. lebt, L. 50	Narkose, Wendung, Credé	Mutter: alle Zeichen von Rhachitis, Sattelnase. Atonia uteri. Kind: Klavikularfraktur links, Druckstellen v. Promontor. a. d. recht. Kopfseite
102. 09/10. Pol. 112	34	V. p. 3 part. spont., lang. dauernd. 1 Abort	c. d. 11	—	II. Schl.	—	—	—	—	M. lebt	Narkose, Wendung	Kind: harter Kopf, leicht asphyktisch
103. 09/10. Pol. 128	36	XIV. p. Letzter part. Kunsthilfe	c. d. 11	—	II. Stirnlage	—	—	schlechte Herztöne	—	K. tot	Narkose, Wendung	Mutt.: Uterusruptur, Cervixriß groß, rechts hinten, keine Blutg., Einlieferung.

104. 09/10. Pol. 657	44	X. p. 3 mal Kunsthilfe	c. d. 11	—	I. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellung	—	K. tot, 4500, Sch. U. 43	Wendung	Mutter: Hängebauch
105. 09/10. Pol. 710	35	IV. p. Rhachitis, mit 4 Jahren laufen gelernt. I. part. künstl. Frühgeburt im 9. Monat. II. part. Zange. III. part. Wendung	c. d. 10,5 c. v. 9	—	II. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellung. Mekoniumabgang	—	K. lebt	Wendung	Kind: Impression an der rechten Schläfe, am 4. Tage Exitus: subdurales Hämatom
106. 09/10. Pol. 713	30	VI. p. 1 Abort. 3 Spontangeburten. 1 Wendung (Querlage)	27 29 18,5 c.d.$_1$ 11,5 c.d.$_2$ 10 c. v. 8,5 B. E. 10 B. M. 11 B. A. 10	Doppeltes Promontor.	I. Schl.	—	—	Nabelschnurvorfall. Kopf auf die linke Beckenschaufel abgewich. Tiefer Plazentarsitz. Schlechte Herztöne	—	M. lebt	Narkose, Wendung	Kind: leicht asphyktisch
107. 09/10. Pol. 756	29	VI. p. 4 part. spont. 1 mal Querlage	c. d. 11	—	II. Schl.	—	—	Placenta praevia totalis	—	K. tot	Durchbohrung der Plazenta, Hysteeuryse. Wendung, Perforation des nachfolgenden Kopfes	Mutter: Seit 4 Tagen Blutung, Kollaps bei sehr starker Blutung. Kind: groß, Kopf geht nicht durchs Becken
108. 10/11. Pol. 10	29	VI. p. part. spontan, langdauernd	c. d. 11	—	I. Schl.	vorzeitig	17¼	Hinterscheitelbeineinstellung. Kopf a. das r. Darmbein abgewichen,	—	K. lebt, 4300, L. 55, K. U. 37	Narkose, Wendung	Walchersche Hängelage ohne Erfolg. Kind: asphyktisch
109. 10/11. Pol. 194	29	II. p. I. part. Zange	c. d. 11	—	II. Schl.	—	—	Nabelschnurvorfall	—	M. lebt	Wendung	Kind: asphyktisch, rechter Arm Plexuslähmung

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
110. 10/11. Pol. 275	25	II. p. I.part. Zange, Kind kurz p. part †	c. d. 10,5	—	I. Schl.	vorzeitig	—	Nabelschnurvorfall	—	K. lebt, 3000	Narkose, Wendung	Kind: asphyktisch
111. 10/11. Pol. 511	27	VII. p. Rhachitis. 3 part. spont. 1 Frühgeburt. 1 Querlage. 1 Abort	sp. i. 27 cr. i. 29 c. v. 8,5	—	II. Schl.	—	—	Kopf nach links abgewichen	—	K. lebt, 3500, L. 54, K. U. 35	Narkose, Wendung. Credé, manuelle Lösung eines Plazentarrestes	Hofmeiersche Impression mißlingt. Mutter: cruravara, atonia uteri, Plazenta nicht vollständig. Kind: links Impression
112. 10/11. Pol. 694	27	V. p. I.—III. part. spontan. IV.part. Querlage, Wendg. 1 Kind lebt	26 28,5 18 c. d. 11	platt	II. Schl.	—	11¾	Tiefer Plazentarsitz. Hinterscheitelbeineinstellung, Mekoniumabgang. Herztöne 90	—	K. lebt, 3500, L. 52, K. U. 35	Narkose, Wendung, Credé	Während der Wehen Blutung, heftige Blutung intra part. Atonia uteri. Kind: blau asphykt.
113. 10/11. Pol. 737	32	VIII p. 7 part. spont. 1 Kind lebt	c. d. 11 c v. 9	Promontorium hochstehend, scharf vorspringend. Symphysenknorpel springt 1/2 cm	I. Schl.	vorzeitig	—	Nabelschnurvorfall, Herztöne 65	—	K. tot, 3700, L. 52, K. U. 37, Sch. U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10½, Gr. qu. 9.5, Kl. qu. 7,5	Narkose, Wendung	Kind: tiefe Impress. auf dem linken Scheitelbein, kleine auf dem rechten

114. 08/09. Kl. 62	30	IV. p. Rhachitis, mit 1½ Jahren laufen gelernt. I. part. Totgeburt. II. part. Forzeps. Kind a. 2. Tag †. III. part. spont., Kind lebt	25,5 28 19 c. d. 11	—	I. Schl.	—	16¼	Album. +. Hinterscheitelbeineinstellg.	o. B.	M. 1800, 3250, L. 52, K. U. 37, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. schr. 13,5, Kl. schr. 10¼, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8,5	Wendung, Credé, Dammnaht	lage ohne Erfolg. Mutter: Andeutung. von Rhachitis, Atonia uteri, Dammriß II. Gr. Kind: große Kopfgeschwulst, schwer asphyktisch
115. 08/09. Kl. 294	26	IV. p. 2 part. spont. III. part. Forzeps	24,5 27,5 16,5 11,5	mäßig verengt	II. Schl.	—	15	Hinterscheitelbeineinstellg.	o. B.	K. lebt, 3630, L. 54, K. U. 37, Sch. U. 38, Gr. D. 12, Gr. schr. 13¼, Kl. schr. 10¾, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9	Narkose, Wendung, Credé	Mutter: klein, rhachitisch. Rosenkranz. Atonia uteri. Kind: leicht asphyktisch
116. 08/09. Kl. 634	26	II. p.	c. d. 11	—	I. Schl.	—	3¼	Kopf nach links abgewichen. Armvorfall	3. Tag 38,1. Riechende Lochien	M. lebt, 2700, L. 52, K. U. 33½, Sch. U. 33½, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. 9, Gr. qu. 8¾, Kl. qu. 7¼	Narkose, Wendung	Arm nicht reponibel. Kind: leicht asphyktisch
117. 09/10. Kl. 333	32	II. p. I. part. spont. Rhachitis, mit 5 Jahren laufen gelernt	23 27 18 10 c. v. 8½-8¾ B. E. 12 B. M. 11,5 B. A. 9	—	II. Schl.	—	5¾	Nabelschnurvorfall, Mekoniumabgang, Herztöne sehr schnell, kaum hörbar. Nabelschnur pulslos	o. B.	M. lebt, 3400, L. 52, K. U. 36, Sch. U. 41, Gr. D. 11¼, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 9	Wendung, Credé, Dammnaht	Mutter: klein, schwächlich, rhachitischer Rosenkranz. Dammriß II. Gr.
118. 09/10. Kl. 799	37	VI. p. I. u. II. p. spont. III. part. Zange (Stirnlage). IV. part. Wendg. (Querlage). V. part. spontan	25 27 18,5 c. d. 11	—	I. Schl.	—	16¾	Placenta praevia total. Part. praemat. mens. IX. Seit 10 Tag. Blutung	o. B.	M. tot, 1900, L. 45,5, K. U. 31, Sch. U. 31	Hystereuryse. Wendung	Mutter: klein. Nach Einlegen des Ballons keine Herztöne mehr

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
119. 10/11. Kl. 627	27	II. p. Infolge Unfalls im 5. Jahre gekrümmter Rücken. Mit 25 Jahren Cholelithiasis. I. part. spontan	24,5 26,5 17 c. d. 11	Promontor. stark vorspring.	I. Schl.	—	17½	Hinterscheitelbeineinstellg.	o. B.	K. lebt, 3550, L. 51, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. D. 9¼, Gr schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5	Narkose, Wendung. Credé. Cervix- u Dammnaht	Mutter: klein. starke Kyphoskol. Atonia uteri. Cervixriß. Dammriß II. Gr. Kind: asphyktisch
b) Wendung aus Querlage.												
120. 08/09. Pol. 912	43	VIII. p. 6 part. spont., lange dauernd; 1 mit Kunsthilfe	c. d. 10,5—11	—	I. Dorsoanteriore Querlage	—	—	—	—	K. tot, 5000	Wendung	Mutter: Hängebauch. Kind: groß, asphyktisch, schw. Atmung, starb nach 15 Min.
121. 08/09. Kl. 276	33	V. p. I. part. Totgeb. II. u. III. part. spontan, Kinder leben. IV. part. Totgeb.	sp. i. 25 cr. i. 28 c. d. 11	—	I. Dorsoanteriore Querlage	vorzeitig	78½	—	1.—4. Tag 38,6—38,9 Abdomen stark druckempfindlich	K. tot, 1870, L. 46, K. U. 28½. Sch. U. 28	Narkose, Wendung, Perforat. des nachfolg. Kopf.	—
122. 08/09. Kl. 376	28	V. p. Als Kind böse Augenu. böser Kopf. 4 part. spont., Kinder sehr schwach	27 29 18,5 c d.1 11,5 c.d.2 10 c. v. 8,5 B. E. 10 B. M. 12 B. A. 10	Doppeltes Promontor.	II. Dorsoanteriore Querlage	—	12	—	5. Tag 38,0, 9. Tag 37,5. Abdomen empfindlich	M. lebt, 3070, L. 54, K. U. 34,5, Sch. U. 33, Gr. D. 12. Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9¾, Kl. qu 8¼	Narkose, Wendung	Kind: asphyktisch, Fraktur des linken Humerus u. rechten Oberschenkels
123. 09/10. Kl. 147	31	V. p. I. part. spontan. II. part. Steißl.. Perforation des nachfolgenden Kopfes.	24 26,5 18 11 c. v. 9 B. E. 11,5 B. M. 11,5	Promontor. stark vorspring.	II. Querlage	—	4¼	Keine Herztöne. Seit ca. 8 Std. keine Kindsbewegung. gemerkt	o. B.	K. tot, 3610, L. 52, K. U. 36, Sch. U. 38, Gr. D. 12. Gr. schr. 13, Kl. schr. 10,	Narkose, Wendung	Mutter: klein

[illegible]		arthritis rheum., l. part. spontan., lange Dauer. II. part. spontan., kurze Dauer. Kinder leben	18,5 11,5 c. v. 9 B. E. 11 B. M. 10 B. A. 7		Lage			praemat. mens. VII. Herztöne langsam		L. 45, K. U. 31, Sch. U. 31, Gr. D. 10, Gr. schr. 12, Kl. schr. 9, Gr. qu. $8\frac{1}{2}$, Kl. qu. $6\frac{1}{2}$	[illegible]	[illegible] asphyktisch; in der Nacht p. part. gestorben unter Cyanose

Extraktion.

125. 09/10. Pol. 36	32	VII. p. 6 part. spont.	c. d. 11	—	I. Steißl.	vorzeitig	—	Steiß tritt nicht ein	—	M. lebt, L. 54	Herabholen des linken Fußes, Armlösung, Veit-Smellie. Credé	Atonia uteri. Kind: leicht asphyktisch
126. 10/11. Pol. 450	39	VII. p 6 part spont.	c. d. 11	—	I. Steißl.	—	—	Steiß nach links abgewichen	—	M. lebt, 3250, L. 50	Herabholen eines Fußes. Extraktion	—
127. 10/11. Pol. 720	32	VI. p. I. part. spontan. II. part. Perforat. d. nachfolgend. Kopfes. III. u. IV. part. Perforation. V. part. Querl., totes Kind	24 26,5 18 c. d. 10,5	—	I. Fußl.	—	$9\frac{3}{4}$	—	—	M. lebt, 3900, L. $51\frac{1}{2}$	Armlösung, Veit-Smellie	Mutter: klein. Kind: asphyktisch, Druckmarke auf der rechten Schläfe
128. 09/10. Kl. 793	22	II. p. I. part. Nabelschnurvorfall	c. d. $10\frac{1}{4}$ c. v. $8\frac{3}{4}$ B. E. 11 B. M. $9\frac{1}{2}$ B. A. $8\frac{1}{2}$	—	II. Steißl.	—	14	Steiß etwas nach rechts abgewichen. Recht. Arm vorgefallen	o. B.	M. lebt, 2700, L. 51, K. U. 34, Sch. U. 37, Gr. D. 11, Gr. schr. $12\frac{3}{4}$, Kl. schr. $10\frac{1}{4}$, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9	Reposition des vorgefallenen Armes. Armlösung, Veit-Smellie. Dammnaht	Mutter: klein. Dammriß II. Gr. Kind: absichtlicher Bruch der rechten Humerusdiaphyse, tief asphyktisch

Perforation.

129. 09/10. Pol. 555	19	II. p. I. p. Spontangeburt	c. d. 11,5	—	II. Schl.	vorzeitig	—	Nabelschnurvorfall	—	K. tot	Perforat., Craniotomie	Repositions- und Wendungsversuch mißlingt. Keine Herztöne

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
130. 09/10. Pol. 667	31	III. p. Rhachitis. 2 Aborte	c. d. 11	—	I. Schl.	—	—	keine Herztöne mehr	—	K. tot	Narkose, Perforat., Craniotomie	Mutter: rhachitischer Rosenkranz, stark säbelförmige Tibiae. Nach vergeblichem hohem Zangenversuch Herztöne nicht mehr zu hören
131. 10/11. Pol. 782	22	II. p. I. part. spont.	c. d. 10,5	—	I. Querl. verschleppt	—	—	Part. praem. mens. VIII. Nabelschnurvorfall. Kind †	—	M. tot, L. 39	Rhachiotomie, Perforat., Extrakt.	**Mutter: klein. Wendungsversuch mißlingt**
132. 10/11. Kl. 1135	41	IV. p. I. part. spont., Kind nach 24 Stunden †. II. u. III. part. Perforation	26 $29\frac{1}{2}$ 18 10 c. v. $8\frac{3}{4}$ B. E. 11 B. M. 10 B. A. 8	—	I. Stirnl.	—	$35\frac{3}{4}$	Nabelschnurvorfall. Kind stirbt intra part. ab. Mekonium	1.—16. Tg. T. bis 39,6	K. tot, 3000, L. 50	Narkose, Perforat., Craniotomie	—
Sectio classica.												
133. 08/09. Kl. 413 Gyn. 467	35	VI. p. 1 Kind lebt (Sektio), alle andern perforiert oder embryotomiert	26 30 $16\frac{1}{2}$ $9\frac{1}{2}$ c. v. 9 B. E. 10 B. M. 10 B. A. 9	—	II. Schl.	—	—	Kopf nach links abgewichen	Bronchitis 2. Tag T. 38,2, Puls 120. 3. Tag T. 37,5, Puls 100. 4. Tag 37,9	M. lebt, 2680, L. 48, K. U. 37, Sch. U. 33, Gr. D. $11\frac{1}{4}$, Gr. schr. $12\frac{1}{2}$, Kl. schr. $9\frac{1}{2}$, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	Sectio caesarea classica, Sterilisat.	Schnitt in der alten Narbe. Uterus am Peritoneum parietale adhaerent. Beiderseits Tubenexzision. Entlassungsbefund: lineare Narbe, unempfindlich, 13 cm lang. Uterus anteflektiert, mäßig mobil. Adnexstümpfe o. B.
Sectio transperitonealis.												
134. 08/09	25	V. p.	c. d. 10,5	—	I. Schl.	vor-	—	Part. praem.	3. Tag	K. lebt, 2030.	Sectio	Mutter: Tibiae co-

		II. p. Embryotomie. III. u. IV. part. spontan, 1 Kind lebt					her gerade bis zur Sagittallinie vorspringt, weich und fluktuierend zu sein scheint, und sich anfühlt, als ob er von d. Adnexen ausginge. Nicht dislozibel	4. Tag T. 38,8, Puls 128. 5. Tag Naht völlig aufgegangen, große Abszeßhöhle	Kl. schr. 5, Gr. qu. $8\frac{1}{4}$, Kl. qu. $7\frac{3}{4}$		Operationsbericht: Versuch, den Tumor per laparatomiam zu entfernen, gelingt nicht. Beide Tuben u. Ovarien o. B.: Also wahrscheinlich cystischer Tumor im Parametrium oder paravaginalen Gewebe. Entlassungsbefund: 12 cm lange, 3 cm breite Narbe, im ob. Teile eine kleinapfelgroße Hernie bildend. Uterus sinistroponiert, vaginifixiert. Tumor wie vorher
135. 10/11. Kl. 70. Gyn. 49	27	IV. p. Epilepsie. 3 part. spont.	c. d. 11 c. v. 9	—	I. Schl.	—	$39\frac{3}{4}$	Kopf tritt nicht ein	1. Tag 40,8. Puls sehr klein, frequent. 2. Tag Exitus. Blutausstrich: massenh. Streptokokken	K. lebt, 3720, L. 53, K. U. 37, Sch. U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. $10\frac{1}{4}$, Kl. qu. $8\frac{1}{4}$	Sectio cervicalis transperitonealis	Kind: sehr groß. Kopf, asphykt. Operationsbericht: extraperitoneal zu bleiben, mißlingt. Sektionsbefund: Därme stark gebläht, Oberfläche matt. Auf der Uterusserosa, besond. in d. Gegend der Inzision fibrin. Auflagerungen. Kein Pus in der Bauchhöhle, nur wenig trübes Exsudat. Viel Decidua im Uterus, aber gut aussehend. Milz groß, weich
136. 10/11. Kl. 1066. 11/12. Gyn. 18	34	II. p. Vater an Tbc. †. Mit $1\frac{1}{2}$ Jahren laufen gelernt. Typhus abdominalis, Chorea minor. Mit 20 J. Polyarthritis rheum. u. Endocarditis. Vor 2 Jahren Sectio extraperitonialis (Fall 33)	23 27 $17\frac{1}{2}$ $10\frac{1}{2}$ c. v. 8,5 B. E. 11 B. M. 10 B. A. 6	—	I. Schl.	—	8	dieselbe Indikation wie vor 2 Jahren (cf. Fall 33)	1.—4. Tag 38,8-38,8. Puls 100 bis 132. Pneumonie. Vom 5. Tg. T. unter 38,0	M. lebt, 3140, L. 51, K. U. 35, Sch. U. 37, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. $9\frac{1}{2}$, Gr. qu. 8, Kl. qu. 7	Sectio cervicalis transperitonealis	Kind: großer Kopf

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
Sectio extraperitonealis.												
137. 10/11. Pol. 787. Kl. 1141. 11/12. Gyn. 17	24	IV. p. Vater an Lungenleiden †. Rhachitis, mit 4 Jahren laufen gelernt. 2 part. spontan. III. part. Abort	24 26 $16\frac{1}{2}$ c. d. 10,5	doppeltes Promontor. Symphysenknorpel springt $\frac{1}{2}$ cm vor	I. Schl.	—	40	Hinterscheitelbeineinstellung. Kopf nach links abgewichen. Kontraktionsring	1.—3. Tag 37,6-38,4 P. 84-120. Dann unter 38,0. Wunde weicht völlig auseinander	K. lebt, 3570, L. 53, K. U. 36, Sch. U. 36,5, Gr D. 12. Gr. schr. $13\frac{3}{4}$, Kl. schr $11\frac{1}{4}$, Gr. qu. $9\frac{1}{2}$, Kl. qu. $8\frac{3}{4}$	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein, deutlich. Rhachitiszeichen. Kind: sehr großer Kopf. Walchersche Hängelage ohne Erfolg. Entlassungsbefund: 5 cm lange, $\frac{1}{2}$ cm breite, granulierende Wunde. Uterus anteflektiert
138. 09/10 Kl. 509 Gyn. 149	29	II p. I p. Wendung. Perforation des nachfolg Kopfes	26 28 17 9.5-10 c v. $8\frac{3}{4}$-9 B. E. $10\frac{1}{2}$ B. M. $10\frac{1}{2}$ B. A. $8\frac{1}{2}$	allgem. verengt. Promontor. stark vorspring.	II. Schl.	—	—	Vorderscheitelbeineinstellung	1. Tg. T. 38,3. Puls 100. 2. - 3 Tag T. unter 38,0. 4. - 11. Tag T. 38,0 - 38,6. Puls um 108	K. lebt, 3560, L. 51, K. U. $36\frac{1}{2}$, Sch. U. 38, Gr. D. 12, Gr. schr. $13\frac{1}{2}$, Kl. schr. $10\frac{1}{2}$, Gr. qu. $9\frac{1}{2}$, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: recht groß. Entlassungsbefund: Bauchnarbe fest, Uterus anteflektiert, an der Bauchwand adhärent
139. 09/10. Kl. 512. Gyn. 158	31	III. p. Spät laufen gelernt. II. part. Perforation. Will lebendes Kind	24 25 18 c. d. 11	—	I. Schl.	vorzeitig	$10\frac{1}{2}$	Vorderscheitelbeineinstellung. Mekonium abgang. Kontraktionsring. Herztöne 100—120	1. Tg. 37,8. 2.—6. Tag T. 37,6 bis 38,1, P. 92 -108	K. lebt, 3350, L. 54, K U. $36\frac{1}{2}$, Sch. U. 40, Gr. D. $12\frac{1}{2}$, Gr. schr. $13\frac{1}{2}$, Kl. schr. 11, Gr. qu. $10\frac{1}{4}$, Kl. qu. 9	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein. Kind: bleich, asphyktisch
140. 10/11. Kl 945. Gyn. 754	26	III. p. Mit 2 Jahren lauf. gelernt. I. part.	24 26 19 11 c. v. 9 B. E. 11	—	I. Schl.	vorzeitig	$42\frac{3}{4}$	Kopf tritt nicht ein	4. Tag 37,8	M. lebt, 3490, L. 53, K. U. 36, Sch. U. 40, Gr. D. 11,	Sectio cervicalis extraperi-	Mutter. klein, rhachit. Rosenkranz. Walchersche Hängelage ohne Erfolg.

												Uterus retroflektiert, -vertiert. Cervix an der Bauchnarbe adhärent. Keine Beschwerden
141. 10/11. Kl. 1043. Gyn. 795	21	II. p. I. part. spont., Kind lebt	24 27 $17\frac{1}{2}$ c. d. 10,5	—	I. Schl.	—	$14\frac{3}{4}$	Kopf stark auf die linke Darmbeinschaufel abgewichen. Herztöne 170—180	1.—4. Tag T. 37,8 bis 38,3, P. 120-140. 5. u. 6. Tag 38,0, Puls 124 u. 116	M. lebt, 3300, L. 52, K. U. 36, Sch. U. $36\frac{1}{2}$, Gr. D. $11\frac{1}{2}$, Gr. schr. $13\frac{1}{4}$, Kl. schr. $10\frac{3}{4}$, Gr. qu. $10\frac{1}{4}$, Kl. qu. $9\frac{1}{2}$	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein, grazil. Kind: Kopfgeschwulst. Entlassungsbefund: keine Beschwerden, gut verheilte Operationsnarbe, unten breit, überall epithelialisiert, fest. Uterus retrovertiert, -flektiert. Cervix an der Bauchnarbe adhärent
142. 10/11. Kl. 1052. 11/12. Gyn. 16	39	XI. p. Rhachitis, mit 5 J. lauf. gelernt. I. part. Zange, Kind lebt. II. p. Perforat. III. u. IV. part. spontan, Kinder leben. V. part. Extrakt., Kind mit 2 J. †. VI. part. spont., Kind m. 7 Mon. †. VII. part. Kunsthilfe, Kind †. VIII. p. Perforat. IX. u. X. part. Wendung, 1. Kind lebt, 2. †	$25\frac{3}{4}$ $27\frac{1}{2}$ 18 c. d. 10,5	—	II. Schl.	—	$30\frac{1}{2}$	Hinterscheitelbeineinstellg., Kopf nach links abgewichen. Herztöne 160	2.—6. Tag T. 37,2 bis 37,7, P. 68—96	K. lebt. 3000, L. 51, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. D. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9,5, Kl. qu. 9	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein, genu valgum. Kind: große Kopfgeschwulst. Entlassungsbefund: Drainierter Wundenteil unten noch granulierend. Uterus anteflektiert, anscheinend an den Bauchdecken adhärent
Zwillinge.												
143. 08/09. Kl. 235	33	III. p. 2 normale part.	c. d. 10 c. v. $8\frac{3}{4}$ B. E. 11 B. M. 11 B. A. $9\frac{1}{2}$	—	a) I. Schl. b) II. Schl.	—	25	—	—	2 K. leben, a) 2430, L. 47, K. U. 34, Sch. U. 33, Gr. D. $11\frac{1}{4}$, Gr. schr. $12\frac{1}{4}$, Kl. schr. 10, Gr. qu. $8\frac{1}{4}$, Kl. qu. $7\frac{1}{2}$. b) 1970, L. 46, K. U. $32\frac{1}{2}$, Sch. U. 29, Gr. D. $10\frac{1}{4}$, Gr. schr. $11\frac{1}{4}$, Kl. schr. $9\frac{1}{4}$, Gr. qu. 9, Kl. qu. $8\frac{1}{2}$	—	—

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
I. Erstgebärende.												
Spontangeburten.												
144. 08/09. Kl. 222	28	I. p. Rhachitis	21 25 17 c. d. 10	—	I. Schl.	—	26¾	Mekoniumabgang, schlechte Herztöne	o. B.	K. lebt, 3250, L. 50, K. U. 37, Sch. U. 39, Gr. D. 12½, Gr. schr. 14½, Kl. schr. 11, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 9	Cristeller. Credé	Atonia uteri. Kind: starke Kopfgeschw., rechtsseitig. Fazialisparese, r. Scheitelbein leicht imprimiert. Spontangeburt
145. 08/09. Kl. 352	37	I. p.	28 30½ 20 c. d. 10	platt	II. Schl.	—	15¼	—	3.—8. Tag riechende Lochien	M. lebt, 3380, L. 50,5, K. U. 37,5, Sch. U. 35,5, Gr. D. 12, Gr. schr. 15, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Kind: hochgradige Kopfgeschwulst, leicht asphyktisch, am r. Scheitelbein je eine 3 cm und 1 cm lange Druckmarke
146. 09/10 Kl. 96	18	I. p. Rhachitis, mit 2 Jahren lauf. gelernt. Mit 12 Jahren Krämpfe	25,5 26 17 c. d. 10		I. Schl.	—	31	—	o. B.	M. lebt, 2550, L. 49, K. U. 32,5, Sch. U. 34, Gr. D. 10¾, Gr. schr. 12½, Kl. schr. 9¼, Gr. qu. 8½, Kl. qu. 7½	Walchersche Hängelage	Spontangeburt. Mutter: klein. Kind: 2 Tage p. part. Krämpfe. Exitus. Großes subdurales Hämatom
147. 09/10. Kl. 265	23	I. p. Rhachitis	26 27 16½ 10¼ c. v. 8 B. E. 10¼	—	I. Schl.	—	11½	Mekonium im Frucht-	o. B.	M. lebt, 3470, L. 53, K. U. 34, Sch. U. 39, Gr. D. 12,	—	Spontangeburt. Mutter: Säbelscheidentibiae.

148. 10/11. Kl. 128	28	I. p. Mit 2 Jahren laufen gelernt	23 25 17 c. d. 10	—	I. Schl.	—	10 Tg.	Hinterscheitelbeineinstellg., schlechte Herztöne	7.—11. Tag riechende Lochien. 8. Tag links deutliche Resistenz. 8.—17. Tag T. 38,2—40,7. Alb. $3^1/_2$‰	K. tot, 2450, L. 52, K. U. 36	[illegible]tomie, Forzeps, Dammnaht	[illegible] klein, grazil. Kind: sehr starke Kopfgeschwulst, schwer asphyktisch, trotz guten Herzschlages nach 1 Stunde †
								Hohe Zange.				
149. 08/09. Kl. 128	27	I. p. Mit 1 Jahre laufen gelernt	sp. i. 25 cr. i. $27\frac{1}{2}$ c. d. 10	—	II. Schl.	—	$110\frac{3}{4}$	Vorderscheitelbeineinstellung. Febris intra part.: 1 Tag a. part. 38,8, am Tg. d. part. 38,0. Herztöne 190	3.—8. Tag T. bis 38,2, dann zwischen 37,5 u. 38,0. Riechende Lochien	M. lebt, 3400, L. 54, K. U. 37, Sch. U. 39, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. $10\frac{1}{2}$, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	Muttermundsinzision., hoh. Zang., Muttermunds- u. Dammnaht	Mutter: Spitzbauch, Dammriß II. Gr. Kind: starke Kopfgeschwulst, schwer asphyktisch, am nächst. Tage Exitus
								Wendung.				
150. 08/09. Pol. 23	27	I. p.	c. d. 9-9,5	—	I. Dorsoanteriore Querlage	—	—	Armvorfall	—	K. tot	Narkose, Wendung, Perforation des nachfolgenden Kopfes	Kopf geht nicht durchs Becken
								Perforation.				
151. 09/10. Pol. 291	21	I. p.	c. d. 10	—	I. Schl.	—	—	Kind schon tot. Mekonium im Fruchtwasser	—	K. tot	Perforat., Cranioclast	—
152. 08/09. Kl. 53	26	I. p. Mit 4 Jahren laufen gelernt	21,5 24 16 c. d. 10	—	I. Schl.	—	49	Stinkendes Fruchtwasser. Kind †. Temp. 37,8. Alb. 2‰. Dehnungserscheing.	1. Tag 38,0, 3. Tag 37,9, 4. Tag 37,5	M. tot, 2650, L. 49	Perforat., Cranioclast	Kind: große Kopfgeschwulst

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
Sectio cervicalis transperitonealis.												
153. 09/10. Kl. 386. Gyn. 385	24	I. p. Rhachitis, seit Kindheit augenkrank	23 26 20 9 c. v. 7¾-8	allgemein verengt	II. Schl.	—	6¾	Kopf nach rechts abgewichen	o. B.	M. lebt, 2600, L. 47, K. U. 35, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9	Sectio cervicalis transperitonealis	Mutter: rhachitisch. Habitus. Kind: bleich asphyktisch. Entlassungsbefund: Narbe linear. Uterus anteflektiert. Keine Klagen
Sectio cervicalis extraperitonealis.												
154. 09/10. Kl. 517. Gyn. 487	29	I. p. Mit 1½ Jahren lauf. gelernt. Will lebendes Kind	26 27 17 c. d. 10	—	II. Schl.	—	33¾	Hinterscheitelbeineinstellung. Dauerkontrakt. Herztöne 100	5. Tag rechte Mamma infiltriert. Kein Fieber	M. lebt, 3048, L. 48, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 11, Gr. qu. 9¾, Kl. qu. 9	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein. Kind: große Kopfgeschwulst. Entlassungsbefund: Bauchwunde bis auf erbsengroße Granulation p. prim. geheilt
155. 10/11 Kl. 808. Gyn. 723	25	I. p. Mit 1½ Jahren laufen gelernt	24 26 20 c. d. 9,5	Promont. sehr stark vorspring.	I. Schl.	—	10½	Hinterscheitelbeineinstellg. Kontraktionsring	2. u. 3. Tag 38,0, 14 T. 39,0. Mastitis	K. lebt, 2740, L. 50, K. U. 36½, Sch. U. 32½, Gr. D. 11. Gr. schr. 13, Kl. schr. 9, Gr. qu. 10½, Kl. qu. 7	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein, grazil. Kind großer, harter Kopf, mäßige Asphyxie massenhaft Mekonium an der Plazenta. Entlassungsbefund primäre Wundheilung

II. Mehrgebärende.

Spontangeburten.

156. 08/09. Pol. 974	30	III. p.	c. d. 10	—	II. Schl.	—	14	rechter	—	K. lebt	Wahlbar	

Vol. 640		I. part. totes Kind. II. part. Perforation	c. v. 8-8¼					Scheitelbeineinstellung, Mekoniumabgang		L. 50		Mutter: Tibiae gekrümmt. Kind: starke Kopfgeschwulst
158. 08/09. Kl. 336	24	II. p. Rhachitis, mit 3 Jahren lauf. gelernt. I. part. spont., Kind lebt	20 24 16,5 c. d. 10	—	I. Schl.	—	27¾	—	o. B.	K. lebt, 3430, L. 52, K. U. 38, Sch. U. 39, Gr. D. 12½, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10¼, Gr. qu. 9¾, Kl. qu. 8½	—	Spontangeburt. Mutter: klein, grazil, Zeichen überstandener Rhachitis
159. 08/09. Kl. 556	21	III. p. 2 part. spont.	23 24½ 18 9½ c. v. 8¼ B. E. 12 B. M. 11 B. A. 10	—	II. Schl.	—	15½	—	o. B.	K. lebt, 3240, L. 49½, K. U. 35½, Sch. U. 37, Gr. D. 12, Gr. schr. 13½, Kl. schr. 9½, Gr. qu. 9 Kl. qu. 8	—	Spontangeburt. Mutter: klein
160. 09/10 Kl. 9	21	II. p. Mutt. a. Tbc. †. I. part. spont. Frühgeburt im 7. Monat	c. d. 10	—	II. Schl.	—	13	Hinterscheitelbeineinstellg.	o. B.	K. lebt, 3570, L. 52, K. U. 39, Sch. U. 40, Gr. D. 13, Gr. schr. 15½, Kl. schr. 11, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9¼	—	Spontangeburt. Kind: asphyktisch
161. 09/10. Kl. 677	34	III. p. Viel augenkr. I. part. spontan, schwer. II. part. Fußlage, Extraktion	25 29 17½ 9¼ c. v. 8	Promont. tiefstehend	II. Schl.	—	6¾	—	o. B.	K. lebt, 3720, L. 53, K. U. 37½, Sch. U. 41, Gr. D. 12, Gr. schr. 14½, Kl. schr. 11, Gr. qu. 10, Kl. qu. 9½	—	Spontangeburt.
162. 10/11. Kl. 852	30	IV. p. Rhachitis, spät laufen gelernt. I.—III. part. künstl. Frühgeburt i. 7. Mon. 1. Kind totgeb. 2. Kind 2 T. alt †. 3. Kind vor Einleitg. schon tot	27 29 17 9¾ c. v. 8¼ B. E. 10 B. M. 10 B. A. 7	—	I. Schl.	—	5¾	—	o. B.	K. lebt, 3230, L. 52, K. U. 35½, Sch. U. 37, Gr. D. 12, Gr. schr. 14, Kl. schr. 10, Gr. qu. 8½, Kl. qu. 7½	—	Spontangeburt. Mutter: klein, Wassermann +. Kind: an beiden Schläfenbeinen leichte Impressionen

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
163. 10/11. Kl. 921	33	VII. p. Vater u. ein paar Geschw. a. Tbc. †. Rhachitis. I. part. Embryotomie. II. und III. part. künstl. Frühgeburt. IV. und V. part. spontan. VI. p. Wendung.	25 25 15 c. d. 9¾	—	II. Schl.	vorzeitig	41¼	Part. praemat. mens. VII	o. B.	M. lebt, 1020, L. 38, K. U. 25, Sch. U. 24, Gr D. 8, Gr. schr. 10, Kl. schr. 7, Gr. qu. 6, Kl. qu. 5½	—	Mutter: klein, grazil. Spontangeburt. Kind am 2. Tage †
Zange.												
164. 10/11. Pol. 25	20	II. p. I. part. spont.	c. d. 9,5	—	I. Schl.	—	—	wechselnde Herztöne. Mekoniumabgang	—	K. lebt	Narkose, Episiotom., Zange, Credé, Dammnaht	Mutter: Dammriß II. Gr. Atonia uteri. Kind: groß, asphykt., große Kopfgeschw.
165. 08/09. Kl. 35	24	II. p. Mit 4½ Jahren lauf. gelernt. I. part. Zange	22 25½ 16 c. d. 10	—	I. Schl.	—	42½	Mekoniumabgang. Kindliche Herztöne 60—80	1. Tag 37,5	K. lebt, 2500, L. 49, K. U. 34, Sch. U. 34, Gr. D. 11½, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 8¼	Zange, Scheidennaht	Mutter: Scheidenriß. Kind: asphyktisch
Wendung.												
a) Aus Kopflage.												
166. 08/09. Pol. 840	27	II. p. I. part. hohe Zange	c. d. 10	platt	I. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellung	—	M. lebt	Narkose, Wendung, Scheidennaht	Mutter: kleiner Scheidenriß. Kind: asphyktisch
167. 09/10. Pol. 287	28	IV. p. Rhachitis. I. part. spont.	24 26 17 c. d. 9,5	—	I. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellung	—	K. lebt	Wendung, Credé	Mutter: schwächlich. Atonia uteri

Pol. 379		3 mal Wendung, 2 Kinder †. 1 mal Perforat. 1 mal spontan. Frühgeburt, Kind †					gewichen			Credé	Atonia uteri
169. 09/10. Pol. 624	32	XII. p. 1 Fehlgeburt, 1 part. spontan. 4 mal Zange, 1 mal Steißlage. 1 mal Wendung	c. d. 10	—	I. Schl.	—	ca. 53	—	—	M. lebt	Wendung	—
170. 10/11. Pol. 129	35	V. p. I. part. Kraniotomie. 1 part. Zange	26 28,5 16¼ c. d. 10	—	II. Schl.	—	8¼	Nabelschnurvorfall	—	M. tot, 3400, L. 56, K. U. 35,	Narkose, Wendung	Mutter: Kyphoskoliose. Kind: Wiederbelebung gelingt nicht
171. 10/11. Pol. 143	29	III. p. I. part. hohe Zange, Kind †. II. part. Nabelschnurvorfall, Wendung, Kind †	35 27 15½ c. d. 10	—	I. Schl.	—	14¾	Nabelschnurvorfall, schlechte Herztöne	—	K. tot, L. 50, K. U. 33	Narkose, Wendung	Reposition der Nabelschnur gelingt nicht
172. 10/11. Pol. 727	29	VII. p. Rhachitis. I. part. spontan. II. part. Zange. III. part. Totgeb. IV.—VI. part. spontan	sp. i. 21½ cr. i. 24 c. d. 10,4	—	II. Schl.	—	19½	Hinterscheitelbeineinstellung. Mekoniumabgang	—	K. lebt, 3600, L. 52, K. U. 36½	Hystereuryse, Wendung	Mutter: klein, gekrümmte Tibiae. Hängebauch. Kind: starke Kopfgeschwulst, schwer asphyktisch, Klavikularfrakt. rechts
173. 09/10. Kl. 500	26	II. p. Rhachitis, mit 4 Jahren lauf. gelernt. I. p. Forzeps. Kind †	c. d. 9,5 c. v. 7,5 B. E. 12 B. M. 10 B. A. 9	—	I. Schl.	—	3	Nabelschnurvorfall, recht. Arm vorgefall. Kopf a. die l. Beckenschaufel abgewichen	2. Tag 38,0	K. tot, 3850, L. 37, K. U. 36	Narkose, Wendung, Perforat. des nachfolgenden Kopfes, Dammnaht	Kopf geht nicht ins Becken. Zu anderer Operation keine Zeit, weil der Kopf in den Wehen die Nabelschnur zusammendrückt. Mutter: Dammriß II. Gr. Kind: tiefe Impression auf dem rechten Scheitelbein

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
					b) Aus Querlage.							
174. 08/09. Pol. 433	36	X. p. 2 Aborte. VII. u. VIII. part. Wendung. Kinder †. IX. p. Perforat.	c. d. 10	—	II. Dorso-anteriore Querlage	—	—	—	—	M. tot, K. U. 38	Narkose, Wendung, Credé	Mutt.: Oberschenkel gekrümmt. Hängebauch, Atonia uteri. Extraktion sehr schwer
175. 09/10. Pol. 719	35	VI. p.	27 29 17 c. d. 10	—	II. Dorso-anteriore Querlage	—	15¾	—	—	K. lebt, 3000, L. 47½, K. U. 33	Narkose, Wendung	Mutter: Struma, Exophthalmus
176. 09/10. Pol. 755	27	II. p.	c. d. 10	—	II. Dorso-anteriore Querlage	—	37½	vorzeitige Lösung der Plazenta. Linker Arm vorgefall. Herztöne wechselnd	—	K. tot, L. 51, K. U. 33	Narkose, Wendung	2 Tage vor Wehenbeginn etwas Blutung, bei jeder Wehe starker Blutabgang. 1 Segment Plazenta liegt vor Kind: rechte Klavikula frakturiert
177. 09/10. Kl. 696	23	II. p. Rhachitis. I. part. spont.	23½ 25½ 18,5 c. d. 10	—	I. Dorso-anteriore Querlage	—	3¾	Nabelschnurvorfall. Extraktion gelingt nicht, weil das Kind auf der Symphyse reitet. Kind stirbt ab, daher Perforation	o. B.	M. tot, 3150, L. 51, K. U. 34 nach der Perforation	Narkose, Wendung. Perforat. des nachfolgenden Kopfes	Kind: tiefe Impression auf dem rechten Scheitelbein
					Extraktion.							
178. 09/10. Pol. 254	26	IX. p. 8 part. spont., 3 Kind. leben, 1 † nach 2 Std.	c. d. 9-9,5 c. v. 8	p'att	I. Fußl.	—	—	schlechte Herztöne	—	K. lebt	Extrakt.	Kind: atmet schwach spontan, stirbt nach 10 Minuten. Klavikel

Pol. 276		5 part. spontan. 1 mal Zange, 1 mal Zwillinge. Alle Kind. leben. 4 Aborte						Herztöne			Perforat. des nachfolg. Kopf	das Becken
180. 09/10. Pol. 324	31	V. p. I. und II. part. spontan. II. Kind †. III. p. Perforat. IV. part. künstliche Frühgeb., Hebosteotomie, Kind lebt	c. d. 10	—	l. Steißl.	vorzeitig	—	—	—	M. tot	Extrakt., Perforat. des nachfolgenden Kopfes, Dammnaht	Dammriß II. Gr.
181. 10/11. Pol. 454	34	V. p. 1 mal Perforat. 2 mal Zange. 1 mal klinisch spontan	c. d. 10	—	l. Steißl.	—	ca. 68	T. 38,0. Steiß auf die linke Darmbeinschaufel abgewich.	—	K. lebt	Herunterschlagen des vord. Fußes, Extrakt.	—
						Perforation.						
182. 08/09. Kl. 650	25	IV. p. Vater an Tbc. †. Mutter lange lungenkrank †. Rhachitis, Skrophulose. Mit 3 Jahren laufen gelernt. I. u. III. p. spont. Kinder leben. II. part. Querlage. Kind †.	c. d. $10\frac{1}{4}$	—	l. Schl.	—	$14\frac{1}{2}$	Nabelschnurvorfall, pulsiert nicht mehr. Kopf nach links abgewichen	o. B.	K. tot, 2550. L. 50	Narkose, Perforat., Craniotomie	Mutter: rhachitisch. Rosenkranz. Krumme Unterarme und Unterschenkel
183. 08/09. Kl. 652	29	V. p. Rhachitis, mit 3 Jahren laufen gelernt	25 27 17 c. d. 10	—	l. Schl.	—	ca. $83\frac{1}{4}$	Nabelschnurvorfall, keine Herztöne. Tympania uteri. Febris intra part. 38,2	2 Std. p. part. Schüttelfrost. 2. Tag 39,1. 3. Tag 38,3. Lochialsekretkult.. Strepto- u. Staphylokokken	K. tot, 2180, L. 51	Perforat., Craniotomie	Mutter: klein, rhachitische Veränderungen am Thorax

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
Sectio caesarea classica.												
184. 08/09. Kl. 133. Gyn. 128	27	V. p. Mit 4 Jahren laufen gelernt. I. part. Perforat. II. part. Steißgeburt. III. part. künstl. Frühgeburt im 6. Monat. IV. part. Abort	26 26½ 15½ 9 c. v. 8 B. E. 11 B. M. 10½ B. A. 10	—	II. Schl.	—	—	Kopf nach links abgewichen	2mal: T. 37,8	M. lebt, 3080	Sectio caesarea classica	Mutter: 138 cm groß. Kind: leicht asphykt. Entlassungsbefund: Narbe o. B. Uterus anteflektiert. Kind gedeiht. Keine Beschwerden
Sectio cervicalis transperitonealis.												
185. 09/10. Kl. 888 Gyn. 834	27	II. p. Eltern an Tbc. †. Rhachitis, mit 6 Jahren lauf gelernt I. part. Kaiserschnitt	24 25 15 8,5 c. v. 7,5 bis 7¾	doppelt Promont.	I. Schl.	—	15¾	—	1. Tag 38,0, 4. Tag 38,2, bis 12. Tag subfebrile Temperaturen	M. lebt, 3740, L. 51, K. U. 35, Sch. U. 39, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis transperitonealis Salpingectomie	Kind: groß, asphykt. Entlassungsbefund: Wunde p. primam geheilt. Uterus scharf anteflektiert, anscheinend an der Bauchwand adhärent
Sectio cervicalis extraperitonealis.												
186. 08/09. Kl. 869	31	VII. p.	24 26 17,5 10 c. v. 8¼ B. E. 11 B. M. 10½ B. A. 7,5	—	I. Schl.	—	6¾	schlechte Herztöne	—	M. lebt, 3100, L. 53, K. U. 33, Sch. U. 34½, Gr. D. 11, Gr. schr. 12½, Kl. schr. 10½, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis extraperitonealis	—
187. 09/10. Kl. 508	28	IV. p. Mit 4 Jahren [illegible]	c. d. 9¾	—	II. Stirnl.	—	ca.	Kopf nach	4. Tag	K. lebt, 2590		

		I. p. Wendung, Perforat. des nachfolgenden Kopfes					tionsring	4. Tag T.39,1, P.120, 5. Tag T.38,9, P.112	Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. $8\frac{1}{2}$			Uterus eleviert, an die Bauchwand fixiert
188. 10/11. Kl. 585. Gyn. 441	27	II. p. Rhachitis, mit 3 Jahren lauf. gelernt. I. part. Kraniotomie	26 29 $18\frac{1}{2}$ 9 c. v. 8 B. E. $9\frac{1}{2}$ B. M. 8 B. A. 7	—	II. Schl.	—	$11\frac{3}{4}$	Kopf ragt über die Symphyse mehrere cm nach vorn	Temperat. subfebril	M. lebt, 3620, L. 56, K. U. 36, Sch. U. 38, Gr. D. 11,5, Gr. schr. 13, Kl. schr. $10\frac{1}{2}$, Gr. qu. $9\frac{1}{2}$, Kl. qu. 7	Sectio cervicalis extraperitonealis	Kind: fester und zu großer Kopf; schlaff, asphyktisch. Entlassungsbefund: Uterus normal groß, anteflektiert. Bauchwunde geschlossen
189. 10/11. Kl. 836 Gyn. 679.	27	II. p. Rhachitis, mit 3 Jahren lauf. gelernt. Unfall, danach Rückgratverkrümmung	$21\frac{1}{2}$ 25 17 c. d. $9\frac{1}{2}$	—	I. Schl.	—	$18\frac{1}{4}$	Herztöne schwankend	3. Tag T. 38,0, P. 140, Bronchitis 6. Tag, T. 39,0, P. 120. Bauchdeckenabszeß. 11. T. 38,0, Cystitis	K. lebt, 3620, L. 52, K. U. $37\frac{1}{2}$, Sch. U. 38, Gr. D. $11\frac{1}{2}$, Gr. schr. 14, Kl. schr. 9, Gr. qu. $9\frac{1}{2}$, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein, Kyphoskoliose. Walchersche Hängelage und hohe Zange vergeblich. Kind: Kopf groß, hart, große Kopfgeschwulst. Entlassungsbefund: Hängebauch, Narbe fest, schmal. Am unt. Ende eine kirschgroße granulierende Fläche ohne nennenswerte Sekretion. Uterus anteflektiert. Bronchitis über dem linken Lungenlappen. Keine Beschwerden
190. 10/11. Kl. 1142. 11/12. Gyn. 26	29	III. p. I. part. Nabelschnurvorfall Kind spontan, †. II. part. Frühgeburt im 9. Monat, spontan, Kind lebt	23 26 19 c. d. $10\frac{1}{4}$	—	II. Schl.	—	$22\frac{1}{4}$	—	1. Tag T. 38,1, P. 120. 2. Tag T. 38,6, P. 140, bis 11. Tag T. 37,5, starke Anämie	K. lebt, 3060, L. 49, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr D. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. $13\frac{1}{2}$, Kl. schr. $9\frac{3}{4}$, Gr. qu. 10, Kl. qu. $9\frac{1}{4}$	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein, grazil, Beine verkrümmt, rhachit. Rosenkranz. Kind: asphyktisch. Während der Operation sehr starke Blutung. Entlassungsbefund: Narbe fest. Uterus in Mittelstellung, rechts etwas an die Cervix fixiert, aber mobil. Wohlbefinden

Vera 7,4—6,5.

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
I. Erstgebärende.												
Wendung.												
191. 08/09. Pol. 450	21	I. p. Rhachitis, mit 5 Jahren laufen gelernt	25,5 27 16 c. d. $8\frac{1}{2}$	—	I. Schl.	—	$42\frac{1}{2}$	Hinterscheitelbeineinstellung. Mekonium im Fruchtwasser	—	K. tot	Wendung, Perforat. des nachfolgenden Kopfes	Mutter krumme Beine. Kopf geht nicht durchs Becken, Nabelschnur pulsiert nicht mehr. Wahrscheinlich vorzeitige Losung der Plazenta
II. Mehrgebärende.												
Sectio caesarea classica.												
192. 08/09. Kl. 173. Gyn. 173	30	II. p. Vater und Schwester an Tbc. †. Rhachitis, angeblich mit 7 J. laufen gelernt. I. part. Nabelschnurvorfall. Perforation	25,5 26,5 16 8,5 c. v. $6\frac{3}{4}$-7 B. E. $9\frac{1}{2}$ B. M. 10 B. A. 9	—	I. Schl.	—	—	Kopf nach links abgewichen	4. Tag 37,6	K. lebt, 2750, L. 48, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. D. 11, Gr. qu. $9\frac{3}{4}$, Kl. qu. $8\frac{3}{4}$	Sectio caesarea classica	Mutter: klein, grazil. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert, anscheinend unterhalb des Nabels fixiert, dort leichte Druckschmerzhaftigkeit. Narbe fest
193. 09/10. Kl. 352. Gyn. 346	27	II. p. Rhachitis, mit 2 Jahren lauf gelernt Mit 16 Jahren Chlorose. I. part. Sectio caesarea,	25,5 26,5 16 c. d. $8\frac{1}{2}$	—	II. Schl.	—	$8\frac{1}{4}$	unt. Hälft. d. Bauchnrb., die v. Nabel abwärts liegt, wolbt sich stark vor. In ihr sind direkt unter den Bauchdeck., die sehr	o. B.	M. lebt, 3000, L. 48, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. Dr. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 8, Kl. qu. $7\frac{3}{4}$,	Sectio caesarea classica Tubensterilisation	Mutter: 145 cm groß, alte Laparatomiewunde $\frac{1}{2}$ cm breit von d. Symphyse b. handbreit über den Nabel. Kind: asphyktisch. Entlassungsbefund:

Kl. 1044. Gyn. 872		Lungentbc. Rhachitis, mit 4 Jahren laufen gelernt. I. part. Perforat. II. part. Kaiserschnitt. Kind lebt	16 $5\frac{1}{2}$ c. v. $7\frac{1}{4}$ B. E. $10\frac{1}{2}$ B. M. $8\frac{3}{4}$ B. A. $7\frac{1}{2}$						von da ab bis 37,3	Sch. U. 36, Gr. D. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. $12\frac{1}{2}$, Kl. schr. 10, Gr. qu. $9\frac{3}{4}$, Kl. qu. 9	classica Tubensterilisation	Rosenkranz, Hühnerbrust. Entlassungsbefund: reaktionslose Heilg., keine Beschwerden, Uterus anteflektiert

Sectio cervicalis transperitonealis.

195. 10/11. Kl. 124. Gyn. 128	31	IV. p. Mit 7 Jahren Rhachitis. I. part. Embryotomie. II. u. III. part. Sectio caesarea, letztes Kind lebt	c. d. $8\frac{3}{4}$	Promont. sehr stark vorspring.	II. Schl.	—	ca. $16\frac{3}{4}$	Kopf auf die linke Beckenschaufel abgewichen	o. B.	K. lebt, 2930, L. 51, K. U. $35\frac{1}{2}$, Sch. U. 37, Gr. D. 12, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. $9\frac{1}{2}$, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis transperitonealis. Tubensterilisation	Wegen der früheren Kaiserschnitte gelingt der extraperitoneale nicht. Kind asphyktisch. Entlassungsbefund: feste Bauchnarbe. Uterus anteflektiert

Sectio cervicalis extraperitonealis.

196. 10/11. Pol. 709 Kl. 1067	25	II. p. Rhachitis, mit $1\frac{1}{2}$ Jahren lauf. gelernt. I. part. Kaiserschnitt, Kind lebt	22 24 $17\frac{1}{2}$ $9\frac{1}{2}$ c. v. 7	platt u. allgem. verengt	I. Schl.	—	—	Kontraktionsring	o. B.	M. lebt, 3300, L. 51, K. U. $35\frac{1}{2}$, Sch. U. 39. Gr. D. $11\frac{3}{4}$, Gr. schr. $13\frac{1}{2}$, Kl. schr. $10\frac{1}{2}$, Gr. qu. $9\frac{3}{4}$, Kl. qu. $9\frac{1}{4}$	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter: klein. Epiphysenverdickung. an den Rohrenknochen. Tibiae bds. verkrümmt, rhachit. Rosenkranz. Kind große Kopfgschw. Entlassungsbefund: 8 cm lange Narbe in der linea alba
197. 09/10. Kl. 362 Gyn. 403	27	II. p. Rhachitis, mit 4 Jahren lauf. gelernt. I. p. Embryotomie. Lebhafter Wunsch nach lebend. Kind	24 25 15 c. d. 9	—	I. Schl.	—	—	Kopf abgewichen	1.–8. Tag T. 37.8 bis 38,4. P. 98-112, 11. Tag 2 cm tiefe Fistel	K. lebt, 3050, L. 47, K. U. 35, Sch. U. 38, Gr. D. 11, Gr. schr. 13, Kl. schr. $9\frac{3}{4}$, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8	Sectio cervicalis extraperitonealis	Mutter. klein, sichtlich rhachit. Knochenbau. Kind: großer Kopf, an Passage durch das Becken nicht zu denken. Asphyktisch. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert. Fistelwunde ganz oberflächlich, sonst lineare Narbe. Keine Klagen

Fälle ohne Angabe der c. d. oder c. v.

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
I. Erstgebärende.												
Spontangeburten.												
198. 08/09. Kl. 135.	20	I. p.	sp. i. 25 cr. i. 27 c. e. 17	—	I. Schl.	—	86½	—	o. B.	K. lebt, 4040. L. 52½, K. U. 37½, Sch. U. 37½, Gr. D. 12, Gr. schr. 15, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9½, Kl. qu. 8	Dammnaht	Mutter: Dammriß I. Gr. Kind: starke Kopfgeschwulst, Kephalhämatom, punktiert am 3. Tage. Danach Temp. 40 und 41. Überweisung nach der Kinderklinik. Spontangeburt
199. 08/09. Kl. 766.	22	I. p.	sp. i. 24 cr. i. 26 c. e. 18	—	II. Schl.	—	29½	—	o. B.	K. lebt, 3240, L. 52, K. U. 37, Sch. U. 40, Gr. D. 12, Gr. schr. 15, Kl. schr. 10½, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8¼,	—	Kind: sehr starke Kopfgeschwulst. Spontangeburt
Zange.												
200. 08/09. Pol. 495	22	I. p.	sp. i. 25 cr. i. 27 c. e. 18	—	II. Schl.	—	—	tiefer Querstand	—	K. lebt	Forzeps, Credé, Dammnaht	Kind: starke Kopfgeschwulst. Mutter: Dammriß I. Gr.
Hohe Zange.												
201. 08/09. Kl. 739	22	I. p. Rhachitis, mit 3 Jahren laufen gelernt	sp. i. 23 cr. i. 25½ c. e. 19	—	I. Schl.	—	25¼	Hinterscheitelbeineinstellung. Mekoniumabgang. Herztöne 90	3. T. Pyelitis. 4. Tag Schüttelfrost, T. 39,8. 5. Tag Schüttelfrost, T. 41,0.	M. lebt, 2900. L. 50. K. U. 36. Sch. U. 36, Gr. D. 12½, Gr. schr. 14½, Kl. schr. 10, Gr. qu. 9.	Episiotomie, hohe Zange, Credé.	Mutter: klein. Atonia uteri. Kind: Druckspur am Schädel

Pol. 241			sp. i. $26\frac{1}{2}$ cr. i. $26\frac{1}{2}$ c. e. 19	mont. vorspring.				schlechte Herztöne		M. tot, 3490, L. 58,5 (?), K. U. $37\frac{1}{2}$	Wendung, Dammnaht	Asphyxie, Wiederbelebung ohne Erfolg. Mutter: Dammriß total

Perforation.

203. 08/09. Kl. 579	28	I. p. Rhachitis, mit 3 Jahren laufen gelernt	Promontor. mit gekrümmt. Finger erreichbar	—	II. Schl.	—	$43\frac{1}{2}$	Kontraktionsring. Physometra	1. Tag T. 39,4, P. 126, 2. Tag T. 39,0	M. tot, 3150	Perforat., Craniocast., Credé, Dammnaht	Kind: intra part. †. Mutter: Atonia uteri, Cervixrisse, Dammscheidenriß

II. Mehrgebärende.

Wendung.

204. 08/09. Pol. 251	33	VII. p.	Promontor. leicht zu erreichen	—	I. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellung. Dauerkontraktion des Uterus	$\frac{1}{2}$ Std. p. part. Exitus matris	M. lebt	Narkose, Wendung	Mutter: komplette Uterusruptur
205. 08/09. Pol. 717	24	III. p. 2 part. Wendung u. Zange. Kinder leben	Promontor. leicht erreichbar	—	I. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellung, Kontraktionsring	—	M. lebt	Wendung, Credé, Cervixnaht	Mutter: Atonia uteri, Cervixriß
206. 09/10. Pol. 569	30	VIII. p. Rhachitis, mit 4 Jahren lauf. gelernt. 1 mal Zange, 6 mal Wendungen	Promontor. sehr leicht zu erreich.	—	I. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellung. Herztöne leise u. unregelmäßig. Mekoniumabgang	—	K. lebt	Narkose, Wendung	Kind: asphyktisch. Linker Arm und Klavikel frakturiert, weil hinter der Symphyse festgehakt

Lfde. No., Jahrgang, Journal	Alter	Anamnese	Beckenmaße	Beckenform	Kindeslage	Blasensprung	Geburtsdauer Std.	Komplikationen	Wochenbett	Kind	Art der Hilfeleistung	Bemerkungen
207. 09/10. Pol. 673	40	IX. p. 7 part. spont. 1 mal Forzeps	Promontor. leicht zu erreichen	—	I. Schl.	—	—	Hinterscheitelbeineinstellg.	—	M. tot	Wendung, Credé	Mutter: starke Atonia uteri. Kind: tiefe Asphyxie, nicht wiederbelebt
208. 10/11. Pol. 295	35	VI. p. I. u. II. part. spontan III. part. Gemini. IV. part. Nabelschnurvorfall, Kind †. V. part. Wendung, Kind †	vera stark verkürzt	Promont. stark vorspring.	I. Schl.	—	ca. 13	Febris intra part. 38,5. Nabelschnurvorfall, Kopf a. die l. Darmbeinschaufel abgewich. Herztöne 170. Mekonium im Fruchtwasser	—	M. tot	Narkose, Wendung	Kind: asphyktisch, nicht wiederbelebt
209. 09/10. Kl. 76	38	VII. p. I. u. II. part. spontan, die anderen: Zange	sp. i. 25 cr. i. $27\frac{1}{2}$ c. e. $17\frac{1}{2}$	—	I. Schl.	—	ca. $13\frac{1}{2}$	Herztöne 84	o. B.	M. lebt, 3310, L. 49, K. U. $34\frac{1}{2}$, Sch. U. 41, Gr. D. 12, Gr. schr. 13, Kl. schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8	Narkose, Wendung	Kind: linker Arm muß in der Diaphyse gebrochen werden
Extraktion.												
210. 08/09. Pol. 422	34	IV. p. 1 Totgeburt. 2 mal Perforat.	Promontorium leicht zu erreichen	—	I. Steißl.	—	—	faultotes Kind	—	K. tot	Herunterholen eines Fußes, Extraktion	—
Sectio caesarea classica.												
211. 08/09. Kl. 400.		V. p. 2 mal konser-	—	—	II. Schl.	—	—	Kopf auf die rechte	2.—4. Tag T. 37,5	K. lebt, 4060, L. 50, K. U. 36, Sch. U. 41,	Sectio caesarea	Entlassungsbefund: 14 cm lange, glatte

Ich gehe nun zu der Zusammenfassung der in der Tabelle zusammengestellten Fälle über.

Vera 9,5—8,5 (143).

I. Erstgebärende (38).

Spontangeburten: 18. 1 Kind mazeriert geboren, 1 Kind ist am 2. Tage gestorben unter den Zeichen der Asphyxie, 3490 g schwer; Sektionsbefund: kleinere Blutungen in den inneren Organen. Komplikationen: 1 mal Armvorfall, 3 mal Mekoniumabgang, 5 mal Asphyxie, davon 1 mal stärkeren Grades.

Wochenbetten: 5 mal gestörter Verlauf, 1 mal kompliziert durch Bronchitis und Mastitis, 1 mal Nephritis: 3,75‰ Albumen.

Operative Entbindungen: 19.

Zange: 3 mal. Ihre Anlegung war indiziert 2 mal durch Gefahr für die Mutter, 1 mal durch Gefahr für Mutter und Kind. An Hilfsoperationen wurden vorgenommen: 1 mal Muttermundsinzisionen, 1 mal Episiotomie. Komplikationen waren 2 mal Konktraktionsring, davon 1 mal mit Hydramnion.

An Schädigungen der Mutter sind zu bemerken: 1 mal ein rechtsseitiger Scheidenriß, 1 mal Dammriß II. Grades und ein Riß bis ins rechte Parametrium. Die Mutter mit der letztgenannten Verletzung ist 3 Stunden p. p. gestorben. Ich gebe einen Auszug aus der Geburtsgeschichte: Nach 85 stündigem Kreißen zeigt sich ein Kontraktionsring 1 bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels, im Urin tritt Blut und Albumen auf, es besteht der Verdacht einer Blasenschädigung. Daher wird die Extraktion mit der Zange beschlossen, die ein oligopnoisches, bald schreiendes Kind ergibt. Starke Blutung, Credé. Die Blutung geht weiter, sie wird durch die Feststellung eines Risses bis in das linke Parametrium erklärt. Naht dieses Risses und eines Dammrisses II. Grades. ½ Stunde p. p. wird der Puls klein, nicht zählbar, starke Blässe. 1 Stunde p. p. Kollaps. Trotz Digalen, Kampfer, Kochsalzinfusion, Autotransfusion 3 Stunden p. p. Exitus. Sektionsergebnis: Harnblasengrund hämorrhagisch, keine

Uterusruptur, Uterina nicht verletzt; starke Strumabildung; Todesursache unklar, wahrscheinlich Luftembolie.

1 Kind (das von der gestorbenen Frau) stirbt am 3. Tage p. p. unter Erbrechen. Es hat eine Druckmarke am rechten Scheitelbein.

1 Wochenbett war gestört: Gc +, 7 Tage lang Fieber.

Hohe Zange: 1 mal. Indikation: Gefahr für Mutter und Kind (Eklampsie, Kontraktionsring, Fieber, Herztöne 70—80). Hilfsoperationen: Muttermundsinzisionen und Episiotomie. Kind totgeboren. Schädigung der Mutter durch tiefen Riß um die Portio herum. Mutter gesund entlassen.

Wendung: 1 mal. (Die Mutter verweigerte die Aufnahme in die Klinik.) Es wird gewendet wegen Hinterscheitelbeineinstellung. Kind tot extrahiert. Mutter erleidet einen Dammriß II. Grades.

Perforation: 4 mal. Die Foeten sind bei Eingreifen des Arztes schon abgestorben. 1 mal wurde Kontraktionsring und Cyanose der Mutter, 1 mal Febris intra part. vorgefunden. Die Mütter wiesen an Verletzungen auf: 2 mal Dammriß II. Grades, 1 mal Cervixriß. Die Mütter leben alle. Von den Wochenbetten waren 3 fieberhaft.

Sectio cervicalis: 10 mal. Sie war indiziert von seiten der Mutter 3 mal (Kontraktionsring), von seiten des Kindes 4 mal (schlechte Herztöne), von seiten beider 3 mal (Kontraktionsring und schlechte Herztöne 2 mal, 1 mal Gebärunmöglichkeit wegen zu großen Kopfes). Von den Kindern wurde 1 tot geboren, das vorher schon stark geschädigt war. Bei den Müttern ist kein Todesfall zu beklagen. 1 Mutter hatte schon Fieber in der Geburt und 1 Nephritis.

9 Wochenbetten waren gestört, 1 mal zeigte sich ein Lungeninfarkt und 1 mal 1 Bauchdeckenblasenfistel. 9 Kinder wurden lebensfähig entlassen, die 10 Mütter gingen völlig geheilt nach Hause.

Außer Betracht gelassen habe ich hier eine Zwillingsgeburt, weil bei dieser weniger das enge Becken für die Therapie maßgebend ist. Es handelte sich um Placenta praevia lateralis. Das 1. Kind wird asphyktisch am Steiß

extrahiert, stirbt 7 Tage p. p. Sektion ergibt nichts. Das 2. Kind wird nach Wendung tot extrahiert, da die Mutter blutet. Beide Kinder zeigen Zeichen der Unreife. $2^1/_2$ Std. p. p.: Exitus der Mutter unter den Zeichen der Herzschwäche. Der Gesamtblutverlust wird auf 800 ccm geschätzt. Sektionsergebnis: Anämische, parenchymatöse Organe, Blutungen im Epicard, schlaffes Herz, keine Rupturen. Die wahrscheinliche Todesursache ist Luftembolie.

Resümee: Bei 19 operativ Entbundenen wurden tot geboren 3 Kinder, außerdem 4 perforierte Kinder und 1 Zwillingskind; in der nächsten Zeit starben 2 Kinder und 1 Zwillingskind. Erkrankt war eine Mutter an Eklampsie. 2 Mütter starben, davon 1 mit Placenta praevia lateralis. 15 Wochenbetten waren gestört, davon war 1 Wöchnerin krank, sie litt an Herzschwäche und Thrombose der Saphena.

II. Mehrgebärende (105).

Spontangeburten: 46 mal. Es wurde tot geboren 1 Kind; Sektionsbefund: Kleines subdurales Hämatom an der linken Hälfte der Schädelbasis um das Foramen magnum herum; Todesursache: Asphyxie. Alle übrigen Kinder waren lebensfähig. Von den Müttern starb keine. 4 mal wurde Walchersche Hängelage, 1 mal kombiniert mit Hofmeierscher Impression mit Erfolg angewendet. Bei einer Kreißenden zeigt sich am linken os pubis ein klaffender Spalt, von einer früheren Hebosteotomie herrührend (Fall 83).

Gestört waren 5 Wochenbetten, darunter erkrankte eine Wöchnerin an Bronchitis.

Operative Entbindungen: 59.

Zange: 5 mal, allemal wegen Gefahr von seiten des Kindes. 1 Kind ist tot geboren (schwer asphyktisch, nicht wiederbelebt). 1 mal wurde die Hofmeiersche Impression mit Erfolg angewendet.

Mütterliche Mortalität = 0.

Wochenbett war 1 mal gestört.

Hohe Zange: 4 mal, und zwar wurde sie 1 mal wegen Gefahr für die Mutter, 3 mal wegen Gefahr für das Kind

angelegt, unter den letzten 3 1 mal wegen Nabelschnurvorfalls.

Die Kinder wurden alle lebensfähig extrahiert. Von den Müttern starb keine.

An Nebenoperationen wurden gemacht: 1 mal Hebosteotomie, 1 mal wurde künstliche Frühgeburt wegen Nephritis eingeleitet (12 ‰ Albumen und Herzschwäche).

Das Wochenbett wurde nur bei der durch künstliche Frühgeburt Entbundenen durch einen einmaligen Temperaturanstieg auf 38,1 am 3. Tage gestört.

Wendung: 31 mal, und zwar 26 mal aus Kopflage, 5 mal aus Querlage. Gründe zur Wendung lagen von seiten des Kindes 11 mal vor, darunter 6 mal Nabelschnurvorfall, von seiten der Mutter außer den 5 Querlagen 4 mal, nämlich 2 mal tiefer Plazentarsitz, 2 mal Placenta praevia totalis (beidemal Hystereuryse). Bei den übrigen 11 war die Wendung durch schlechte Einstellung des Kopfes angezeigt.

2 mal kam Armvorfall, 1 mal Fußvorfall vor.

Tot extrahiert wurden 8 Kinder, 1 davon starb nach 15 Minuten dauernder, schwacher Atmung, 1 starb ab, weil eine Narkosenasphyxie der Mutter eintrat und künstliche Atmung gemacht werden mußte; später starben noch 3 Kinder (1 an subduralem Hämatom, 1 an Asphyxie, 1 an Lebensschwäche mit einem Gewicht von 1980 g).

Bei den Kindern kamen folgende Verletzungen vor: Schädelimpressionen 5 mal, Klavikularfraktur 1 mal, Humerus- und Femurfraktur 1 mal, bei den Müttern: 1 mal Cervix- und Uterusruptur (keine Blutung).

3 mal war das Wochenbett gestört.

Extraktion: 4 mal wegen Gefahr von seiten des Kindes ausgeführt. Kinder und Mütter sind gesund entlassen worden. Bei einem Kinde mußte der Humerus frakturiert werden. 1 mal bestand ein Armvorfall.

Die Wochenbetten waren ungestört.

Perforation: 4 mal nur an toten Kindern ausgeführt, und zwar war 1 Kind bei Eintreffen des Arztes tot, 2 mal

mißlang die Wendung, 1 mal ein Hoher-Zangenversuch und die Kinder starben ab. 1 Kind davon entstammte einer Frühgeburt, es war nur 39 cm lang. 3 mal war Nabelschnurvorfall vorhanden. Mütter trugen keinerlei Schädigung davon.

1 Wochenbett war gestört: es bestand 16 Tage lang Fieber.

Sectio classica: 1 mal. Sie wird bei der Kreißenden zum zweiten Male ausgeführt und Sterilisation angeschlossen. Mutter und Kind leben, werden gesund entlassen.

Das Wochenbett war durch Bronchitis (Temperatur bis 38,2) gestört.

Sectio cervicalis: 9 mal. Indikationen waren: Gefahr von seiten der Mutter (Kontraktionsring): 1 mal, Gefahr von seiten des Kindes: 2 mal, Gefahr von beiden Seiten: 1 mal, Tumor in pelvi parvo und enges Becken: 1 mal, Gebärunmöglichkeit: 4 mal.

1 Kind starb 1 Tag alt an Lebensschwäche von einer Frühgeburt im 9. Monat stammend (2030 g, 45 cm lang).

1 Mutter starb an akutester Streptokokkensepsis am 2. Tage.

5 Wochenbetten waren gestört, und zwar hatte 1 Wöchnerin eine Bronchitis, 1 eine Pneumonie, 3 hatten kleinere Temperaturerhöhungen von geringen Abszedierungen herrührend.

Die 8 Mütter wurden geheilt entlassen, die 8 Kinder waren lebensfähig.

Außerdem habe ich auch hier noch eine Zwillingsgeburt anzuführen. Beide Kinder waren lebensfähig spontan geboren. Die Mutter blieb gesund.

Resümee. Von den 59 Mehrgebärenden, die operativ entbunden wurden, starb 1. An toten Kindern zähle ich 17, und zwar fallen 1 der Zange, 11 (4 bei Placenta praevia lateralis resp. totalis) der Wendung, 1 der Sectio cervicalis zur Last, 4 Kinder wurden perforiert.

11 Wöchnerinnen hatten gestörte Wochenbetten.

Vera 8,4—7,5 (47).

I. Erstgebärende (12).

Spontangeburten: 4. 1 mal wurde Walchersche Hängelage, 1 mal der Cristellersche Handgriff mit Erfolg angewendet. 1 Kind starb mit 2 Tagen an Krämpfen, 2550 g schwer; Sektionsbefund: großes subdurales Hämatom.

1 Kind erlitt eine Fazialisparese und eine Impression des rechten Scheitelbeines, 1 eine leichte Impression der rechten Schläfengegend, 2 hatten Druckmarken.

Alle Mütter wurden nach gesunden Wochenbetten entlassen.

Operative Entbindungen: 8.

Zange: 1 mal wegen schlechter Herztöne angelegt. Kind, 2450 g, schwer asphyktisch, stirbt 1 Stunde p. p. trotz guten Herzschlages. Hilfsoperation: Episiotomie. Wochenbett vom 8. Tage an fieberhaft, $3^1/_2\,^0/_{00}$ Albumen.

Hohe Zange: 1 mal indiziert im Interesse von Mutter und Kind, vorgenommen nach Muttermundsinzisionen. Kind am nächsten Tage gestorben. 3400 g schwer. Wochenbett 8 Tage lang gestört.

Wendung: 1 mal wegen Querlage. Kind tot, der nachfolgende Kopf mußte perforiert werden.

Perforation: 2 mal. Beide Kinder bei Eingriffen des Arztes tot. 1 mal Dehnungserscheinungen des Uterus und Physometra. Wochenbett 1 mal gestört.

Sectio cervicalis: 3 mal. 1 mal ist die Mutter in Gefahr (Kontraktionsring), 1 mal sind Mutter und Kind in Gefahr (Dauerkontraktionen und schlechte Herztöne) und einmal besteht fehlerhafte Kopfeinstellung.

Die Kinder sind lebensfähig geboren. Die Mütter werden gesund entlassen. 1 Wochenbett war in geringem Maße gestört (38,0 an 2 Tagen).

Resümee: Von den 12 Kreißenden ist keine gestorben. 1 Kind starb nach Spontangeburt am 2. Tage. Bei den operativen Entbindungen wurde 1 Kind bei Zange, 1 bei Wendung tot geboren. 2 Kinder wurden perforiert. 1 Kind

starb am nächsten Tage, es fällt der hohen Zange zur Last. 4 Wochenbetten waren gestört.

II. Mehrgebärende (35).

Spontangeburten: 8. 1 mal wurde Walchersche Hängelage, kombiniert mit Hofmeierscher Impression mit Erfolg angewendet. 1 Kind starb am 2. Tage p. p. an Lebensschwäche. (1020 g, 38 cm lang, partus praematurus mensis VII.) Es kann außer Betracht gelassen werden, weil der Tod in keiner Weise mit dem engen Becken zusammenhängt. Mütter leben alle. Wochenbetten o. B.

Operative Entbindungen: 27.

Zange: 2 mal, beidemal wegen Gefahr für das Kind angelegt. 1 mal wird Episiotomie gemacht. Kinder und Mütter wurden gesund entlassen. Wochenbetten o. B.

Wendung: 12 mal, aus Kopflage 8 mal, aus Querlage 4 mal. Gründe zur Wendung außer Querlage: Hinterscheitelbeineinstellung 1 mal; Gründe von seiten des Kindes 7 mal, und zwar: 3 mal Nabelschnurvorfall, 1 mal Nabelschnur- und Armvorfall, 1 mal Armvorfall und vorzeitige Plazentarlösung. 1 mal wurde Hystereuryse angewendet. Mütter leben alle. Von den Kindern wurden 7 tot extrahiert, davon mußten 2 am nachfolgenden Kopf perforiert werden. Nachträglich starb keines. An Verletzungen der Kinder fand ich: 2 mal Schädelimpressionen (bei toten Kindern), 2 mal Klavikularfrakturen. Von den 2 klinisch beobachteten Fällen war 1 durch einen einmaligen Temperaturanstieg auf 38,0 gestört.

Extraktion: 4 mal. 2 mal wurden die kindlichen Herztöne schlecht, 1 mal war der Steiß abgewichen. Bei 2 Kindern muß der nachfolgende Kopf perforiert werden, 1 Kind stirbt 10 Minuten p. p., nachdem es vorher spontan geatmet hat. Bei diesem ist die Klavikel frakturiert und eine Impression auf dem rechten Scheitelbein.

Perforation: 2 mal an toten Kindern, beidemal wird Nabelschnurvorfall festgestellt, außerdem besteht 1 mal

Tympania uteri und 38,2 Temperatur, 1 mal fehlerhafte Einstellung. Kinder wiegen 2550 und 2180 g. 1 Wochenbett war gestört; an den ersten 3 Tagen bis 39,1 Temperatur, im Lochialsekret fanden sich Strepto- und Staphylokokken.

Sectio classica: 1 mal wegen voraussichtlicher Gebärunmöglichkeit. Kind und Mutter wurden gesund entlassen. Wochenbett ungestört.

Sectio cervicalis: 6 mal. Sie war 2 mal von seiten des Kindes, 1 mal von seiten der Mutter (Kontraktionsring), 3 mal durch voraussichtliche Gebärunmöglichkeit indiziert. Die Kinder waren alle lebensfähig mit einem Durchschnittsgewicht von 3391 g, das größte wog 3740 g, das kleinste 3060 g. 4 Wochenbetten waren gestört, 2 mal durch Bronchitis kompliziert, von diesen wieder 1 durch Cystitis und einen Bauchdeckenabszeß, bei der anderen bestand eine starke Anämie.

Resümee: Von den 27 operativen Fällen starben bei der Geburt 9 Kinder, nachher 1; 2 Kinder wurden tot perforiert. Von den Müttern starb keine. 6 Wochenbetten waren gestört.

Vera 7,4–6,5 (7).

I. Erstgebärende (1).

Wendung: 1 mal wegen Hinterscheitelbeineinstellung und Schädigung des Kindes. Der nachfolgende Kopf muß perforiert werden.

II. Mehrgebärende (6).

Sectio classica: 3 mal. Indikation: 1 mal fehlerhafte Einstellung des Kopfes, 1 mal Verdacht auf Spontanruptur nach vorangegangener Sectio classica, 1 mal Gebärunmöglichkeit. In den beiden letzten Fällen wurde Sterilisation angeschlossen. Über den 2. Fall finde ich in der Geburtsgeschichte folgendes: „Da die Frau sterilisiert sein will, muß Kaiserschnitt gemacht werden, der um so notwendiger ist, als ein eigentümlicher Befund vorhanden ist: Die untere Hälfte der Bauchnarbe, die vom Nabel abwärts liegt, wölbt sich stark vor. In ihr sind unmittelbar hinter den Bauchdecken, welche sehr dünn sind, Kindsteile zu fühlen und

zwar so deutlich, als wenn keine Uteruswand dazwischen wäre. Hier scheint s. Z. der Uterusschnitt nicht geheilt zu sein. Schnitt unterhalb des Nabels teilweise in der alten Narbe, teilweise unterhalb. Uterus überall adhärent; wo die Adhäsionen getrennt werden, teils stumpf, teils mit dem Paquelin, liegt Eiblase vor.“ —

Alle Kinder sind lebensfähig geboren, die Mütter sind gesund entlassen worden. 1 Wochenbett war subfebril.

Sectio cervicalis: 3 mal. Die Operation wurde vorgenommen: 1 mal der Mutter wegen (Kontraktionsring), 2 mal wegen schlechter Einstellung und voraussichtlicher Gebärunmöglichkeit. Die Kinder und Mütter werden gesund entlassen. 1 Wochenbett war gestört (Temperatur bis 38,4).

Resümee: 6 operativ gewonnene Kinder sind lebensfähig, die Mütter wurden mit gutem Befinden entlassen. 2 Wochenbetten waren gestört.

Fälle ohne Angabe der c. d. oder c. v. (14).

I. Erstgebärende (6).

Spontangeburten: 2. Die Kinder sind lebensfähig, 1 hat ein Kephalhämatom davongetragen. Wochenbetten o. B.

Operative Geburten: 4.

Zange: 1 mal wegen tiefen Querstands. Kind ist lebensfähig.

Hohe Zange: 1 mal. Indikation von seiten des Kindes. Hilfsoperation: Episiotomie. Kind lebensfähig, Druckspur am Schädel. Mutter lebt. Wochenbett fieberhaft, kompliziert durch Pyelitis.

Wendung: 1 mal. Kind geschädigt, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt, 3700 g schwer. Mutter erleidet einen totalen Dammriß.

Perforation: 1 mal. Kind schon tot. Kontraktionsring, Physometra. Wochenbett am 1. und 2. Tag fieberhaft.

Resümee: Bei 4 operativen Fällen ist 1 Kind tot geboren, 1 Kind wurde perforiert. Mütter leben alle. 2 Wochenbetten waren gestört, 1 mal nach hoher Zange, 1 mal nach Perforation.

II. Mehrgebärende (8).

Wendung: 6 mal. Sie wurde vorgenommen: 2 mal wegen der Mutter (Kontraktionsring); 3 mal wegen des Kindes, 1 mal wegen fehlerhafter Einstellung, 4 mal wurde Hinterscheitelbeineinstellung, 1 mal Nabelschnurvorfall beobachtet. 2 Kinder wurden tot extrahiert. 1 Mutter starb $^1/_2$ Stunde p. p. an kompletter Uterusruptur. 1 Kind trug eine Oberarm- und Klavikularfraktur davon, bei einem Kinde wurde der Arm absichtlich frakturiert. Das eine klinisch beobachtete Wochenbett war ungestört.

Extraktion: 1 mal. Der Foet war mazeriert.

Sectio classica: 1 mal. Sie wird zum dritten Male bei derselben Frau vorgenommen und Sterilisation angeschlossen. Das Kind ist lebensfähig. Die Mutter wird nach ungestörtem Wochenbett entlassen.

Resümee: 1 Mutter ist gestorben. 2 Kinder wurden tot geboren, 1 Kind war mazeriert. Geschädigt durch Frakturen waren 2 Kinder. Die Wochenbetten waren ungestört.

Nachdem ich diese Übersicht über Geburten bei den einzelnen Graden der Beckenverengung erledigt habe, gehe ich zur Besprechung der einzelnen Geburtsmodi über. Vorher möchte ich erwähnen, daß ich nach dem Vorgange von Glöckner und Metzler in der Berechnung der Mortalität der Kinder die Fälle von mazerierten Foeten außer Betracht lasse, aber die Fälle mitrechne, in denen das Kind bei Eingreifen des Arztes schon tot oder im Absterben begriffen war. Die bis zur Entlassung resp. bis zum Ende der Behandlung gestorbenen Kinder werden im allgemeinen als tot angesehen. Die Mortalität der Mütter wird aus allen Fällen, gleichviel welche Komplikationen sich ergeben haben, berechnet und die Todesfälle werden der jeweiligen Entbindungsart zur Last gelegt.

Die Gesamtmortalität der Mütter beträgt $3 = 1{,}42\,\%$ (Glöckner $1{,}4\,\%$, Metzler $0{,}92\,\%$, Yamasaki $0{,}92\,\%$), die der Kinder $52 = 25{,}07\,\%$ (Glöckner $20{,}4\,\%$, Metzler $14{,}91\,\%$,

Yamasaki 11,2%), wobei 2 mazerierte Foeten und 2 Zwillingsgeburten ausgeschlossen sind. Dabei stellt sich die Zahl für die Geschlechter auf 36 Knaben und 16 Mädchen, mit demselben Ausschluß wie vorher, d. h. von den toten Kindern sind 69,12% Knaben und nur 30,76% Mädchen, eine Beobachtung, die auch schon öfter, so auch von Metzler und Glöckner gemacht worden ist.

Bei einzelnen der verschiedenen Geburtsmodi wird es auffallen, daß die Resultate wesentlich schlechter erscheinen, als bei andern Statistiken. Dies ist einerseits damit zu erklären, daß bei meiner Zusammenstellung ein recht großer Teil der Poliklinik entnommen ist, die ja meist nur zu schwereren Eingriffen gerufen wird und Spontangeburten sehr selten zu sehen bekommt. Andrerseits mögen eine ganze Anzahl poliklinischer und klinischer Geburten spontan verlaufen sein, bei denen eine Messung nicht vorgenommen werden konnte, oder operativ mit guten Resultaten beendet worden sein, bei denen ein notwendiges rasches Eingreifen eine Messung verhinderte. Ferner kommt es auch auf die Definition des engen Beckens an. Hannes hat auf den großen Unterschied in den Resultaten der Klinik selbst aufmerksam gemacht; der Unterschied wurde durch die Verschiedenheit in der Festlegung der oberen Grenze des engen Beckens bedingt. Besonders stark tritt er bei den Spontangeburten in Erscheinung. Endlich habe ich viele Fälle unter dem klinischen Material gefunden, die von draußen durch schlechte Geburtsleitung verschleppt, vielleicht auch durch mehrfache Untersuchung infiziert eingeliefert wurden, also geeignet sind, die Resultate wesentlich zu verschlechtern.

I. Spontangeburten.

Die von allen Kliniken anerkannte Forderung, die Geburt bei engen Becken nach Möglichkeit spontan verlaufen zu lassen, ist selbstverständlich auch für die Breslauer Klinik maßgebend, wie Hannes betont hat. Wenn verhältnismäßig wenig spontane Geburten beobachtet wurden, so liegt das

eben daran, daß das Material zu einem bedeutenden Teil der Poliklinik entstammt, und zwar sind von den 211 Fällen 71 poliklinisch beobachtet worden. Der weitaus größte Teil der Spontangeburten findet sich aber bei dem klinischen Material und, da die Poliklinik die spontan verlaufenden Geburten naturgemäß nicht zu sehen bekommt, ist natürlich der Prozentsatz der operativen Geburten verhältnismäßig hoch. Sind doch poliklinisch nur 10 Spontangeburten bei engem Becken beobachtet worden.

Im ganzen sind in den 211 Fällen die Geburten 78 mal spontan verlaufen = in 37,32 %, ausgeschlossen die Zwillingsgeburten. Kohn hat 27 % Spontangeburten gefunden. Rechne ich die in der Klinik Entbundenen allein, so habe ich unter 140 klinischen Geburten 66 Spontangeburten, d. h. 47,14 %, eine Zahl, die im Vergleich zu Metzler mit 82,83 % und Yamasaki mit 69,6 % immer noch gering ist. Die Gründe hierfür habe ich oben erörtert.

Von den 78 Geburten waren:

Erstgebärende	Mehrgebärende
c.v. 9,5—8,5 = 48,6 % (Kohn 68 %)	= 44,3 % (Kohn 42,8 %)
c.v. 8,4—7,5 = 33,3 % (Kohn 58 %)	= 22,8 % (Kohn 28 %).

Wenn auch die absolute Zahlengröße im Vergleiche zu Kohn etwas verschoben ist und nicht so kraß in die Augen tritt, ist doch auch hier die Bemerkung zu machen, daß bei Mehrgebärenden die Spontangeburten prozentualiter abnehmen, die pathologischen Geburten sich steigern.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder stellt sich bei sämtlichen Spontangeburten auf 3220,5 g, bei den Erstgebärenden auf 3248 g, bei den Mehrgebärenden auf 3179,3 g. Es fanden

	bei Erstgebärenden	Mehrgebärenden	allen Geburten
Kohn	2834	2705	2765
Heinsius. . . .	3036	3136	3074
Knapp	2753	3218	—
Franke	3057	3250	—

Bei den einzelnen Graden der Beckenverengung fand ich:

	Erstgebärende	Mehrgebärende
c. v. 9,5—8,5 . . .	2941,6	3300,2
c. v. 8,4—7,5 . . .	3162,5	3058,5

Durchschnittsgewicht.

Das größte Gewicht war bei einer Erstgebärenden 4040 g, das kleinste 2350 g, bei Mehrgebärenden 4170 g und 1020 g.

Die Kinder lagen sämtlich in Schädellage.

Ungünstige Einstellungen oder Vorkommnisse gelangten folgende zur Beobachtung: Hinterscheitelbeineinstellung 7 mal = in 9% der Fälle. Armvorfall 2 mal = 2,6%, Abweichen des Kopfes 2 mal = 2,6%.

An Hilfsmitteln wurde außer geeigneter Lagerung mit Erfolg angewendet: Walchersche Hängelage 5 mal, davon 1 mal bei Kopfumfang von 37,5 und 1 mal bei einem solchen von 37 cm, Hofmeiersche Impression 2 mal.

Die durchschnittliche Geburtsdauer bei den Spontangeburten beträgt 28,5 Stunden (Kohn: 23,1, Heinsius 23,3, Knapp 21,8, Ludwig und Savor 21,3, Litzmann 15,09).

Vorzeitigen Blasensprung finde ich bei 8 Spontangeburten notiert. Er wurde bei allen Geburten 25 mal beobachtet, d. h. in 11,9% aller Fälle. (Kohn 7,9%, Heinsius 13,6% Knapp 22,2%, Franke 19,8%). Daß vorzeitiger Blasensprung für einen Teil der nicht spontan verlaufenden Fälle verantwortlich zu machen ist, ist aus folgendem zu ersehen: Bei 78 spontanen Geburten kommt vorzeitiger Blasensprung nur 8 mal vor, bei 131 operativ beendigten dagegen 17 mal, d. h. in 10,2% zu 12,9%.

Die kindliche Mortalität betrug 4; 1 mazerierter Foet wird nicht eingerechnet. 1 Kind wurde schwer asphyktisch geboren, 3 starben in der Folgezeit. Es ergibt dies eine Mortalität von 5,19%. Da aber davon 1 Kind einer spontanen Frühgeburt entstammt (1020 g), brauche ich es nicht dem engen Becken zur Last zu legen, die Mortalität beträgt also dann 3,94%. Kohn gibt eine solche von 3,4% an, hat aber in der Tat eine solche von 4,04% (4 tote Kinder

bei 89 Geburten). (Heinsius 4,83%, Knapp 4,9%, Metzler 2,05%, Peham 3,64%, Yamasaki 2,5%.)

Die mütterliche Mortalität beträgt 0%.

8 Kinder trugen Verletzungen davon = 10,2%. Rechne ich, wie Kohn und Heinsius, Asphyxien dazu, so finde ich 21 Fälle = 26,5%. (Kohn 17,2%, Heinsius 27,4%.) Kopfgeschwulst rechne ich nicht zu den Verletzungen des Kindes. Im einzelnen fand ich 12 mal Asphyxien und zwar 9 leichte und 3 schwere, d. h. 15,3% resp. 11,5% resp. 3,8%, Fazialisparese 2 mal = 2,5%, Impressionen 4 mal = 5,1%, Druckmarken 2 mal = 2,5%, Kephalhämatom 1 mal = 1,2%.

Verletzungen der Mütter fanden sich 2 mal und bestanden aus einem Dammriß I. und II. Grades.

Temperatursteigerungen hatten, abgesehen von den die Temperatur hervorrufenden Komplikationen, 4 Wöchnerinnen und zwar keine länger als an zwei Tagen = 5,12%. (Kohn 11,2%, Heinsius 5%, Knapp 4,9%). Die Höchsttemperatur betrug 39,6, die bei einer Wöchnerin 1 mal auftrat, wahrscheinlich infolge Gonorrhoe.

II. Zange.

Die Zange wurde unter den 211 Geburtsfällen 19 mal angelegt, d. h. in 9% der Fälle (Kohn 14,9%, Heinsius 20,8%, Knapp 16,19%, bei Yamasaki berechne ich 3,9%).

Auf 57 Erstgebärende entfallen 8 Zangen = 14%, auf 154 Mehrgebärende 11 = 7,1%. Diese Tatsache erwähnt auch Kohn, der 28,5% und 9,4% findet und Peham und Yamasaki erklären sie damit, daß „gerade nach Überwindung des größten Hindernisses im verengten Beckeneingang bei den Erstgebärenden die wenig dehnungsfähigen Weichteile in Verbindung mit der oft eintretenden Wehenschwäche den raschen Austritt des Kindes verhindern und damit eine Gefahr für das kindliche Leben heraufbeschwören können". Auch Scheffzek betont das. Und dieser Ansicht kann man sich voll und ganz anschließen.

Die Mortalität der Kinder betrug 21%, 2 waren totgeboren, 1 schwer asphyktisch, nicht wiederbelebt, 1 starb am 2. Tage p. p. (Kohn gibt 10,7% an, Heinsius 14,2%, Kapischke 11,77%).

Von den Müttern starb 1 = 5,2%. Die Geburtsgeschichte habe ich schon vorn wiedergegeben.

Die große Zahl der Mortalität erklärt sich daraus, daß bei der geringen Anzahl der Fälle die Statistik nicht einwandfrei ist.

a) Typische Zange.

12 Geburten wurden durch sie beendet, das sind 5,6%. 5 mal waren es Erstgebärende = 8%, 7 mal Mehrgebärende = 4,5%. Scheffzek fand 10,1% resp. 6%, Bürger 7% resp. 3,9%.

Ihre Anlegung wurde indiziert 3 mal im Interesse der Mutter = 25%, 6 mal im Interesse des Kindes = 50%, 3 mal im Interesse beider = 25%, und zwar waren im genaueren die Gründe: Kontraktionsring 2 mal, tiefer Querstand 2 mal, fehlerhafte Einstellung des Kopfes 1 mal, schlechte Herztöne 5 mal, Nabelschnurvorfall 1 mal, fehlerhafte Einstellung und schlechte Herztöne 1 mal.

An Hilfsoperationen wurden angewendet 1 mal Muttermundsinzisionen, 3 mal Episiotomie, 1 mal Hofmeiersche Impression. 2 mal sprang vorzeitig die Blase.

Von den Müttern erlitten 2 Scheidenrisse, je 1 einen Dammriß I. und 1 Dammriß II. Grades. 1 Kind trug eine Druckmarke davon, 4 mal kam leichte Asphyxie vor. Eine Mutter starb 3 Stunden p. p. (Fall 20) = 8,3% Mortalität.

Von den Kindern starben 3, 2 waren schwer asphyktisch, konnten nicht wiederbelebt werden, 1 mit einer Druckmarke starb 2 Tage p. p. Es entspräche dies einer Mortalität von 25%, wenn nicht die geringe Zahl der Fälle dieser Zahl ihren Wert bis zu einem gewissen Grade nähme. Immerhin haben Glöckner auch 19,7% Mortalität, Metzler 14,6%, Scheffzek 15%, Peham 17,2%, Ludwig und Savor 21,7%. Es liegt diese hohe Zahl daran, daß man ja mit dem Gebrauch

der Zange wartet, bis sich eine gewisse Schädigung des Kindes feststellen läßt.

Das Wochenbett zeigt in 3 Fällen leichtes Fieber, d. h. in 25 %. (Kohn 13,9 %, Heinsius 13 %, Kapischke 29,41 %.) 1 Wöchnerin davon war krank: $3^1/_2$ ‰ Albumen. Alle 3 Fälle wurden völlig geheilt entlassen.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3251 g, das größte wog 4070 g, das kleinste 2450 g.

b) Hohe Zange.

Die hohe Zange wird nach den Grundsätzen von Herrn Geheimrat Küstner nur von sehr geübter Hand ausgeführt. Gelingt sie nicht bald, dann muß ein anderer Entbindungsmodus Platz greifen. Hannes hat die Grundsätze genauer ausgeführt und begründet in seiner Abhandlung „Die Therapie beim engen Becken und ihre Wandlungen". Er betrachtet die hohe Zange als einen letzten Versuch, das lebende Kind vor der Perforation zu retten, und spricht die Hoffnung aus, die hohe Zange durch den extraperitonealen Kaiserschnitt einschränken zu können.

Die hohe Zange wurde 7 mal ausgeführt. Sie wurde 1 mal mit Rücksicht auf die Mutter, 3 mal im Interesse des Kindes und 3 mal wegen Gefahr für beide angelegt, und zwar hatte 1 mal die Mutter Eklampsie, Kontraktionsring, Fieber in der Geburt und dazu wurden noch die kindlichen Herztöne schlecht (Fall 22), 1 mal bestand Fieber in der Geburt und schlechte Herztöne, 2 mal waren schlechte Herztöne vorhanden, 1 mal hatte die Mutter 12 ‰ Albumen und Herzschwäche.

Vorzeitiger Blasensprung ist nur 1 mal erwähnt.

Von vornherein möchte ich 2 Fälle herausgreifen, bei denen vor der hohen Zange Operationen angewendet wurden, die ich im Gegensatz zu anderen nicht besonders erwähne. Es sind dies die Fälle 91 und 92. Ich habe diese nicht besonders aufgeführt, weil von jeder dieser Operationen nur 1 Fall vorhanden ist. Der 1. Fall ist eine Hebosteotomie, nach der mit gutem Erfolge hohe Zange gemacht wurde.

Das Kind war wohl, die Mutter hatte am 28. Tage nur noch etwas Gehbeschwerden. Der 2. Fall war eine künstliche Frühgeburt wegen schwerer Nephritis und Herzschwäche, durch Hystereuryse eingeleitet. Auch hier gelang die hohe Zange vollkommen, das Kind war lebensfähig, die Mutter hatte nur eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,1° am 3. Tage. Die Gründe für die geringe Anzahl der beiden Entbindungsmodi führt Hannes auch in der eben zitierten Arbeit aus. Die dort vorausgesagte Möglichkeit, diese beiden Entbindungsarten durch den zervikalen, speziell den extraperitonealen Kaiserschnitt zu ersetzen, ist eben eingetroffen.

Muttermundsinzisionen wurden 1 mal, Episiotomie 1 mal, beides zusammen 1 mal in Anwendung gebracht.

Von Schädigungen der Mütter sind zu erwähnen: 1 mal erweist sich die hintere Scheidenwand um die Portio herum tief eingerissen, 1 mal ist ein Dammriß II. Grades entstanden. Gestorben ist keine Mutter.

Bei den durch hohe Zange gewonnenen Kindern werden folgende Schädigungen bemerkt: 1 mal Druckmarke, 1 leichte und 4 schwere Asphyxien. Von den letzten wurde 1 Kind nicht wiederbelebt, 3360 g schwer, 54 cm lang. 1 Kind starb am nächsten Tage. Das sind 2 kindliche Todesfälle, die einer Mortalität von 29,5% entsprechen. Scheffzek hat eine solche von 40,2%, Baisch von 43,8%.

Es ist schon verschiedentlich darauf aufmerksam gemacht worden, daß die hohe Zange, von geübter Hand, ausgeführt gar nicht die schlechten Resultate liefert, die man ihr unterschiebt. Sie wird sie nicht haben, wenn sie, wie Hannes es will, weder systematisch angewendet, noch völlig verworfen wird. Er meint, daß es Fälle gibt, in denen sich auch eine so exspektative Geburtsleitung, wie die der Breslauer Klinik ist, zur hohen Zange entschließt, um noch das Kind zu retten, ohne die Mutter zu gefährden. Daß ihre Indikation nicht dahin gestellt werden darf, durch sie ein größeres Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken überwinden zu wollen, erwähnt Bürger, und Scheffzek ist der

Ansicht, daß „die hohe Zange da segensreich für Mutter und Kind bleiben wird, wo die Triebkraft des erlahmten Uterusmuskels nicht mehr ausreicht, um den Kopf durch den Beckeneingang zu pressen oder wo eine Schädigung des Kindes manifest wird. Nie darf man es unternehmen, unter Mißachtung der Proportion zwischen Kopf und Becken mit roher Kraft dem Kopf den Weg durch das Becken mit der Zange zu bahnen". Auch die schon von Kohn von anderen Autoren erwähnten Resultate bestätigen diese Erfahrung. Ich habe verschiedentlich in den Geburtsgeschichten Notizen gefunden, die dafür zeugen, daß auch in der Breslauer Klinik die hohe Zange stets nur zunächst versucht wird. Gelingt sie nicht bald, dann kommt ein andrer Entbindungsmodus zur Ausführung, und zwar jetzt meist der extraperitoneale Kaiserschnitt, der ja noch weit bessere Resultate liefert.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3057 g, das schwerste hatte 3600 g, das kleinste 2420 g.

4 gestörte Wochenbetten kamen vor, 1 mal davon in höherem Grade kompliziert durch Pyelitis.

Wendung.

Es handelt sich nur um indizierte Wendungen, die prophylaktische verwirft Herr Geheimrat Küstner. Hannes begründet dies damit, daß einerseits die Resultate der prophylaktischen Wendung recht schlecht sind, andrerseits eine exspektative Geburtsleitung prophylaktische Maßnahmen verwerfen muß, wenn ihr sichere andere Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

Die Wendung auf den Fuß wurde in 53 Fällen vorgenommen, das sind 25,3% der Geburten bei engem Becken. (Kohn 21,4%, Heinsius 10,6%, Knapp 16,19%, Glöckner 17,3%.)

Bei Erstgebärenden wurde sie 4 mal ausgeführt und zwar 1 mal wegen Querlage, 1 mal wegen Stirnlage, 2 mal wegen Hinterscheitelbeineinstellung, letztere nur 1 mal durch schlechte kindliche Herztöne indiziert. Sie wurde also fast

ausschließlich nach strenger Indikation durch Gefahr von seiten der Mutter angewendet. 1 Mutter verweigerte strikt die Aufnahme in die Klinik. Alle 4 Kinder sind totgeboren, 2 mußten am nachfolgenden Kopf perforiert werden. Diese Resultate zeigen zur Evidenz die schlechten Erfolge der Wendung bei Erstgebärenden. Hannes hoffte deshalb schon 1908 eine starke Einschränkung der Wendung bei Erstgebärenden durch den zervikalen Kaiserschnitt.

Nach dieser Abschweifung auf die Wendungen bei Erstgebärenden behandle ich die Resultate der Wendung im allgemeinen.

Die Indikationen zur Wendung waren: Querlage 10 mal = 18,8%. (Kohn 19,3%.) Ungünstige Kopfeinstellung 21 mal = 39,6% (Kohn 32,2%). Vorfall der Nabelschnur 10 mal = 18,8% (Kohn 29%). Vorfall kleiner Teile 4 mal = 7,5% (Kohn 14,5%). Außerdem handelte es sich 1 mal um Stirnlage, 1 mal um Kontraktionsring, 2 mal um Placenta praevia totalis, 3 mal um drohende Asphyxie des Kindes.

Es kam also in Betracht: Gefahr von seiten des Kindes 17 mal = 32%. Gefahr von seiten der Mutter 38 mal = 71,6%. Es überwiegen also bei der Wendung wesentlich die Interessen der Mutter.

Verletzungen der Kinder kamen in 16 Fällen vor = 30,2% (Kohn 11,2%), und zwar Schädelimpressionen 8 mal, Klavikularfrakturen 3 mal, Arm- und Klavikularfraktur 1 mal, Humerusfraktur 1 mal, Humerus- und Femurfraktur 1 mal, Plexuslähmung 1 mal, Druckmarke 1 mal. Asphyktisch wurden 23 Kinder geboren = 43,3% (Kohn 37%). Davon sind 5 so schwer asphyktisch, daß die Wiederbelebung mißlingt, 5 schwer asphyktisch und 13 leicht.

Verletzungen der Mutter sind 12 mal notiert = 22,6% (Kohn 14,5%). 2 mal zeigte sich eine Uterusruptur, davon war 1 tötlich, 5 mal Dammriß II. Grades, 1 mal ein totaler Dammriß (bei einer Erstgebärenden), 3 mal Cervixriß, 1 mal Scheidenriß.

Hystereuryse wurde 3 mal in Anwendung gebracht, davon 2 mal bei Placenta praevia totalis.

Von den Müttern ist 1 gestorben, $^1/_2$ Stunde p. p. an kompletter Uterusruptur. Es ergibt sich also eine Mortalität von 1,8% (Metzler 2,19%, Glöckner 1,9%.)

Die kindliche Mortalität bei der Wendung ist, wie Baisch berechnet hat, an sich schon eine recht hohe. Baisch findet für alle Becken eine Mortalität von 50%, wozu noch nach seiner Schätzung 15—20% Fälle kämen, in denen die Kinder in den ersten 5 Tagen post partum abstürben. Nach Winckel beträgt die Mortalität 40—60%. Zieht man in Betracht, daß die Wendungen bei engem Becken noch besonders schlechte Resultate geben, so sind die folgenden Resultate recht günstige zu nennen.

Der Wendung fielen 25 Kinder zum Opfer, d. s. 47,1%. 20 starben während der Wendung und Extraktion ab (davon 1 bei vorzeitiger Plazentarlösung), 2 bei Placenta praevia totalis, 1 Kind war bei Eingreifen des Arztes tot, 1 Kind von 1980 g starb an Lebensschwäche in der Nacht p. p., 1 Kind starb 4 Tage p. p. an subduralem Hämatom. Rechne ich die 4 Todesfälle ab, die weder der Wendung noch dem engen Becken zur Last fallen, nämlich die 3 infolge Plazentaranomalien und das 1 an Lebensschwäche gestorbene, so habe ich eine Mortalität von 42,8%.

Kohn rechnet die Wendungen mit Perforation des nachfolgenden Kopfes nicht ein, ein Vorgehen, das natürlich die Resultate erheblich verbessert. Er hat daher nur 29% kindliche Mortalität. Unter Auslassung der Perforation am nachfolgenden Kopfe bekomme ich nur 34,7% Mortalität.

Andere, die die Perforation mitrechnen, haben folgende Mortalitätsziffern: Scheffzek 59,6%, Metzler 33,57%, Glöckner 34%, Ludwig und Savor 50,3%, Heinsius bei Einrechnung aller toten Kinder 35,7%.

Die Perforation des nachfolgenden Kopfes wurde in den von mir zusammengestellten Fällen 6 mal nötig; also in 24% der bei der Wendung gestorbenen Kinder.

Sehr stark wird die durch Nabelschnurvorfall indizierte Wendung durch diese Komplikation in ihrem Erfolge getrübt: bei 10 Fällen von Nabelschnurvorfall wurden 7 Kinder tot

extrahiert, d. h. in 70 % der Nabelschnurvorfälle gab die Wendung tote Kinder, oder in 13,2 % aller Wendungen sterben Kinder mit Nabelschnurvorfall ab.

Von den 13 klinisch beobachteten Wochenbetten waren 4 gestört. 1 mal bestand die Temperatursteigerung 4 Tage lang, 3 mal wurde eine nur einmalige Temperatursteigerung registriert. Eine Störung fand also in 30,7 % statt. Heinsius fand sie in 28,5 %, Kohn nur in 12,5 %, auch wohl eine Folge des Nichteinrechnens der Perforationen.

Sämtliche Resultate der Wendung stimmen also so ziemlich mit denen anderer überein. Die schon von Winckel hervorgehobene starke Mortalität der Kinder, zusammen mit einer immerhin ziemlich großen Gefahr für die Mutter rechtfertigen daher die später zusammengefaßte häufigere Anwendung der Sectio cervicalis, die erheblich bessere Resultate liefert.

Extraktion.

Obwohl die Extraktion durch das enge Becken nur eine sehr geringe Beeinflussung in ihren Resultaten erfährt, möchte ich diese Fälle aus meiner Zusammenstellung doch erwähnen.

Es wurde in 9 Fällen extrahiert = 4,26 % aller Fälle (Metzler 3,85 %, Scheffzek nur 0,6 %), und zwar kamen nur Mehrgebärende zur Beobachtung.

Vorzeitiger Blasensprung trat 2 mal ein, d. h. in 22 % der Fälle. Der Steiß war in 4 Fällen abgewichen, dabei bestand 1 mal Armvorfall. Schlechte Herztöne bewogen 2 mal zur Extraktion. Bei den Kindern kamen folgende Verletzungen vor: je 1 mal Druckmarke, Humerusbruch, Klavikularbruch, 1 mal eine Schädelimpression. Die Verletzungen sind hier also ziemlich häufig. 3 Kinder waren asphyktisch, 2 leicht, 1 tief.

2 Mütter trugen einen Dammriß II. Grades davon.

Die kindliche Mortalität beträgt 37,5 % (Metzler 35,64 %, Winckel 58,5 %, Toth 50 %, Heinsius 50 %), und zwar wurden 2 Kinder tot extrahiert, 1 starb nach 10 Minuten Atmung. 1 Kind war faultot, es wird nicht mitberechnet.

(Bei Mitberechnung hätte ich 44,4% Mortalität.) Bei den 2 toten Kindern mußte der nachfolgende Kopf perforiert werden. Von den Müttern starb keine.

Über Störungen des Wochenbettes kann ich nichts wesentliches berichten, da nur 1 Geburt klinisch beobachtet wurde. Bei dieser war das Wochenbett ungestört.

Perforation.

Unter diesen Abschnitt fallen, wie schon eingangs erwähnt, nur die Fälle, bei denen der vorangehende Kopf perforiert und eventuell mit dem Cranioclasten extrahiert wurde.

Sie wurde ausgeführt in 13 Fällen = 6,16% der beobachteten engen Beckenfälle (Metzler 4,57%, Glöckner 6,7%, Scheffzek 3,9%, Peham 6,32%). Von diesen sind 7 Erst- und 6 Mehrgebärende.

Die Indikationen waren, abgesehen davon, daß alle Kinder bei Vornahme der Perforation schon tot waren: Gesichtslage und Febris intra partum 1 mal, Kontraktionsring und Fieber 2 mal, Kontraktionsring allein 1 mal, Stirnlage 1 mal, verschleppte Querlage 1 mal, Fieber 1 mal. In 6 Fällen machte der Tod der Kinder zusammen mit Stillstand der Geburt die Perforation notwendig.

Nabelschnurvorfall hatte den vorzeitigen Tod der Kinder in 6 Fällen verursacht, die alle poliklinisch beobachtet wurden. In einem Falle wurde die Rhachiotomie nach Küstner mit gutem Erfolge für die Mutter ausgeführt.

Die Mütter wurden 1 mal durch Dammriß II. Grades, 1 mal durch Cervixriß, 1 mal durch Cervix- und Dammriß II. Grades verletzt.

Gestorben ist keine Mutter, während Metzler eine Mortalität von 6,67%, Scheffzek von 4,4%, Kohn von 2,5% angeben.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder ohne Hirn und Blut betrug 2921 g. Ich hebe nochmals hervor, daß kein Kind lebend perforiert wurde.

Wochenbetten waren sämtlich gestört, davon hatte eine Mutter Sepsis (Fall 183). Sie bekam schon 2 Stunden post partum einen Schüttelfrost und 41,1° Temperatur, die

3 Tage lang anhielt. Im Lochialsekret wurden Strepto- und Staphylokokken gefunden.

Sectio caesarea.

In 37 Fällen wurde Kaiserschnitt gemacht, d. h. in 17,5%, es ist also eine wesentliche Vermehrung der Sectio festzustellen; denn Kohn hat nur 11,4%, Heinsius 5,75%. Bei Scheffzek berechne ich nur 2,4%, doch stammt das Material seiner Arbeit aus einer Zeit, in der die Sectio cervicalis noch nicht allgemein gemacht wurde. Hannes erklärt die schon damals relativ hohe Prozentzahl der Kaiserschnitte bei Kohn einerseits durch die Ausschaltung der engen Becken über 9,5 c. v., andererseits dadurch, daß die Breslauer Klinik sich auf Grund der guten Resultate in manchem Falle leichter dazu entschlossen hat, Kaiserschnitt zu machen, als früher. Zum Teil trifft diese Erklärung auch hier zu. Die Fälle verteilen sich auf 13 Erst- und 24 Mehrgebärende = 35,1%:64,9% (Kohn 27,6%:72,4% oder 10:27, Scheffzek 8:9).

1 Mutter ging an akutester Sepsis zugrunde, es entspricht dies einer Mortalität von 2,7%.

Von den Kindern wurde 1 schwer asphyktisch geboren, nicht wiederbelebt, 1 starb 1 Tag alt (Partus praematurus mens IX. spontan), also ist die kindliche Mortalität = 5,4%. Rechne ich das infolge der Frühgeburt (also ohne Schuld der Beckenverengung) gestorbene Kind nicht mit, so beträgt sie nur 2,7%.

Ich bespreche nun die klassische und die zervikale Sectio caesarea gesondert.

a) Sectio caesarea classisca.

Der klassische Kaiserschnitt wurde in 6 Fällen gemacht, d. h. in 2,8% aller Fälle von engem Becken. Er ist namentlich in den Jahren 1909/10 und 1910/11 fast gänzlich vom zervikalen Kaiserschnitt verdrängt worden. Stammen doch aus diesem Jahre nur 2 klassische Kaiserschnitte und bei diesen war vorher schon einmal Kaiserschnitt gemacht worden und außerdem wurde Sterilisation gewünscht und

bewilligt. Die 4 übrigen Fälle wurden in dem Jahre 1908/09 vorgenommen, also in der Zeit, in der sich die zervikale Sectio erst noch Bahn brechen mußte.

Die Sectio classica war allemal relativ indiziert. 2 Fälle wurden sterilisiert, der eine, nachdem schon 2 mal klassische Sectio an ihm ausgeführt worden war.

Die Hauptbedingungen für die Vornahme der Operation sind für Herrn Geheimrat Küstner dieselben geblieben: keine Untersuchung außerhalb der Klinik und keine solche mit nackten Fingern.

Das Resultat des klassischen Kaiserschnittes ist ein sehr gutes. Weder ein Exitus der Mutter noch der eines Kindes ist zu beklagen, alle Kinder sind lebensfähig geboren. Ihr Durchschnittsgewicht war 3018 g. Das schwerste wog 4060 g.

Kohn hat eine Mortalität der Mutter von 1—2,2%, der Kinder von 2,8%, Bürger eine solche von 2,5% resp. 1,7%, Metzler 22,72% resp. 13,63%, Scheffzek 16,6% resp. 0%, Leopold 1,2% resp. 0%.

Heinsius und Kretschmer haben eine kindliche Mortalität von 0%, Kapischke eine solche von 9%. Die Wochenbetten waren ungestört bis auf 1, bei dem die Temperaturerhöhung durch eine Bronchitis hervorgerufen wurde (1 mal über 38,0).

b) Sectio cervicalis.

Sie wurde in 31 Fällen vorgenommen, d. h. in 14,6% der Gesamtfälle, und zwar transperitoneal 8 mal = 3,7% und extraperitoneal 23 mal = 10,9%. 10 der Operierten waren Erstgebärende und 13 Mehrgebärende.

In 4 Fällen von transperitonealem Kaiserschnitt war es nicht gelungen, extraperitoneal zu bleiben: 1 mal lag die Plica so tief, daß sie nicht zu erreichen war, 1 mal läßt sich die Blase nicht abschieben. Die anderen Male war schon früher Sectio gemacht worden und der extraperitoneale scheiterte daran.

2 mal wurde die Sectio transperitoneal ausgeführt, weil gleichzeitig Sterilisation vorgenommen werden sollte, 1 mal, weil vorher ein im kleinen Becken befindlicher, vermeintlich

von den inneren Genitalien ausgehender Tumor entfernt werden sollte (s. Fall 134 in der Tabelle).

1 mütterlicher Todesfall fällt der transperitonealen Methode zur Last (Fall 135). Ich gebe einen Auszug aus der Geburtsgeschichte: 29. IV. 10. Da keine Dehnung der Cervix vorhanden ist, ist ein Abschieben der Blase unmöglich. Daher wird die transperitoneale Sectio vorgenommen. Anklemmen des Peritoneums, Inzision in die ca. $1^1/_2$ cm dicke Uteruswand, die sehr stark blutet. Zange ist leicht. — Mehrschichtige Naht. — 30. IV. 10. Sehr kleiner frequenter Puls, Abends Delirium, Wöchnerin ist sehr erregt, Temperatur 40,8. 1. V. 10. 2^{00} a. m. Exitus letalis. — Im Blutausstrich massenhaft Streptokokken. Obduktionsbefund: Därme stark gebläht, Oberfläche matt. Auf der Uterusserosa, besonders in der Gegend der Inzision fibrinöse Auflagerungen; kein Pus in der Bauchgegend, nur wenig trübes Exsudat. Viel Decidua im Uterus, aber von gutem Aussehen. Milz groß und weich. Sonst alles o. B. —

Der zervikale Kaiserschnitt wurde aus folgenden Indikationen vorgenommen: Kontraktionsring 10 mal, Dauerkontraktionen und schlechte Herztöne 3 mal, Tumor in pelvi parvo und enges Becken 1 mal, voraussichtliche Gebärunmöglichkeit 11 mal, schlechte kindliche Herztöne 6 mal. Die Operation fand also statt aus Gründen von seiten der Mutter 10 mal = 32,3 %, aus Gründen von seiten der Kindes 6 mal = 19,3 %, aus Gründen von beiden Seiten 15 mal = 48,4 %.

Bei den zervikalen ging eine Mutter zugrunde, der oben näher beschriebene Fall. Es entspricht das einer Mortalität von 3,2 %. Bei der extraperitonealen Sectio ist keine Frau gestorben.

Kinder starben 2; 1 fällt der transperitonealen Sectio zur Last, doch ist es wohl nicht mitzuberechnen, weil es einer spontanen Frühgeburt im 9. Monat entstammte und 1 Tag alt an Lebensschwäche starb. Es hatte ein Gewicht von 2030 g. 1 Kind wurde beim extraperitonealen Kaiserschnitt tot extrahiert, nachdem es schon vor dem Operations-

beginn sich stark geschädigt gezeigt hatte. Es besteht also eine Mortalität von 6,4%, bei Abrechnung des einen Falles von 3,2%. Da der übrigbleibende 1 Fall dem extraperitonealen Kaiserschnitt zugehört, so hätte dieser eine Mortalität von 4,3%.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3213 g, das größte wog 3740 g, das kleinste 2030 gr.

Die Wochenbetten waren in der Mehrzahl der Fälle gestört und zwar 20 mal = 64,5%. Außer der sekundären Wundinfektion war die Ursache der Störung 1 mal eine Mastitis, 1 mal ein Lungeninfarkt und Bauchdeckenblasenfistel, 2 mal Bronchitis, 1 mal Sepsis (Exitus), 1 mal Pneumonie, 1 mal Bronchitis und Cystitis, 1 mal Anämie. Die Mütter werden alle gesund und wohlauf entlassen, bis auf die an Sepsis gestorbene.

Die 2 nicht mit in diese Besprechung einbezogenen Zwillingsgeburten habe ich schon bei den Graden der Beckenverengung genauer beschrieben, in die sie hineingehören.

Es bleibt nun noch übrig, die Leistungen der einzelnen Entbindungsmodi zusammenzustellen und eine Betrachtung anzuknüpfen, welche von diesen, die schlechte Resultate liefern, durch eine bessere Methode ersetzt worden sind, resp. ersetzt werden können.

Die Resultate bei meiner Zusammenstellung sind folgende: Gesamtzahl der Geburten: 211 (darunter 2 Zwillingsgeburten).

	Anzahl in %	Mortalität der Kinder in %	Mortalität der Mutter in %
Spontan	37,32%	3,94%	0%
Wendung	25,3 %	47,1%	1,8%
Extraktion	4,26%	37,5%	0%
Zange	5,6 %	25%	8,3%
Hohe Zange	3,3 %	29,5%	0%
Perforation.	6,16%	100%	0%
Klassischer Kaiserschnitt	2,8 %	0%	0%
Zervikaler Kaiserschnitt	3,7 %	3,2%	3,2%

Es haben also die besten Resultate für Mutter und Kind die klassische Sectio, dann die spontane Geburt, demnächst der zervikale Kaiserschnitt, die schlechtesten, natürlich außer der Perforation, die Wendung und die Extraktion. Auch die Resultate der Zange und der hohen Zange sind nicht erfreulich, wenn letztere auch, wie früher betont, besser sind, als vielfach angenommen wird.

Haben wir nun eine Möglichkeit, die Resultate der Perforation, der Wendung und der hohen Zange zu bessern und wodurch ist das möglich resp. ist eine Besserung schon aus der vorliegenden Arbeit ersichtlich? Ja, und zwar durch die Sectio cervicalis, d. h. diejenige Operation, auf die Hannes schon 1908, also zur Zeit des Aufkommens der Operation, große Hoffnungen für die Verbesserung der Resultate der Geburten bei engem Becken gesetzt hat.

Zunächst ist die Perforation auf einen Punkt zurückgedrängt worden, der jedem Geburtshelfer äußerst willkommen sein muß: es brauchten keine Perforationen am lebenden Kinde mehr vorgenommen zu werden, sie wurden, wie Herr Geheimrat Küstner schon 1909 mitgeteilt hat, nur am toten Kinde angewendet. Für den Arzt ohne Klinik bedeutet das wenigstens eine starke Einschränkung der Perforation am lebenden Kind auf Fälle, die er so stark verschleppt in seine Behandlung bekommt, daß an einen Transport der Frau nicht zu denken ist.

Der Einfluß der Sectio cervicalis auf die Resultate der Wendung durch Vermeidung der Perforation des nachfolgenden Kopfes tritt noch nicht zahlenmäßig so stark hervor, weil der größte Teil dieser Wendungen aus dem ersten Jahre der Zusammenstellung stammt, in welchem die Sectio cervicalis erst im Begriffe stand, sich Bahn zu brechen. Bei den Resultaten der hohen Zange glaube ich die günstigen Folgen des Dazwischentretens des zervikalen Kaiserschnittes schon sehen zu können. Jedenfalls finde ich in verschiedenen Geburtsgeschichten Bemerkungen, daß einerseits wegen der Gefahr, den nachfolgenden Kopf nicht durch das Becken bringen zu können, andrerseits, weil der Versuch,

die hohe Zange auszuführen, scheiterte, zur zervikalen Sectio mit gutem Erfolge geschritten wurde.

Kohn hat noch 12 Perforationen am vorangehenden Kopf des lebenden Kindes zu verzeichnen. In seiner Arbeit ist auch die Perforation des nachfolgenden Kopfes häufiger angewendet als in meiner Zusammenstellung: In der Kohnschen mußte sie 11 mal von 322 Fällen = 3,4% gemacht werden, während sie in der vorliegenden nur in 2,8% der Fälle gemacht wurde.

Treten diese Wahrnehmungen auch noch nicht zahlenmäßig so deutlich hervor, so bin ich doch überzeugt, daß das in einer späteren Arbeit der Fall sein wird, weil meine Zusammenstellung sich eben noch aus der Übergangszeit zur zervikalen Sectio zusammensetzt.

Nun fangen sich schon an Stimmen zu regen, die gegen die Zurückdrängung der klassischen Sectio Protest erheben. die ihr alle Vorzüge vor der zervikalen Sectio zusprechen. So ist es besonders die Leopoldsche Klinik, die von den Vorzügen der Sectio cervicalis fast nichts übrig läßt. Leopold kommt zu dem Schlusse, daß „die klassische Sectio caesarea mit ihren sehr guten Resultaten für Mutter und Kind als die eleganteste Operation dominierend bleiben werde, welche von den Konkurrenzoperationen niemals weder eingeschränkt noch verdrängt werden wird". Aus derselben Klinik stellt Richter dem extraperitonealen Kaiserschnitt folgendes Zeugnis aus: „Nach allem ist der extraperitoneale Cervixschnitt zwar eine wertvolle Bereicherung unserer geburtshilflichen Operationsmethoden, die uns in unserem Bestreben, die Perforation des lebenden Kindes nach Möglichkeit einzuschränken, schätzenswerte Dienste leisten kann, doch wird er nach meiner Meinung den klassischen Kaiserschnitt nie verdrängen können, da diesem der Vorteil der Einfachheit unbestritten anhaftet. Ich glaube deshalb auch, daß für die Klinik der klassische Kaiserschnitt die gegebene Operation bleiben soll und daß nur die Fälle, in denen uns der bisherige Geburtsverlauf keine Sicherheit für eine glatte Heilung verspricht, auch die Sectio cervicalis nach Latzko heran-

zuziehen ist. Doch ist usw. — Für schwer infizierte septische Fälle werden bei relativer Indikation die Perforation, bei absoluter der Porvo die schonendsten Entbindungsarten bleiben.“ Leopold hat eine Mortalität von 7—8% bei den Müttern und eine solche von 8% bei den Kindern beim zervikalen Kaiserschnitt. Andere haben aber wesentlich bessere Resultate. Sie kommen bei anderen gleich nach der Sectio classica und halten sich ungefähr die Wage mit denen bei Spontangeburten. Die vorgenannten Autoren gehen gar nicht auf die Vorzüge der Sectio cervicalis ein, die mir doch recht gewichtig zu sein scheinen: der eine Vorzug liegt in der bedeutend größeren Indikationsbreite. Die Sectio cervicalis ist eben, wie schon oben ausgeführt, imstande, Operationsmethoden mit schlechten Resultaten zu verbessern, weil bei ihrer Anwendung die strenge Forderung: keine mehrfache innere Untersuchung und keine mit nackter Hand! — nicht so sehr berücksichtigt zu werden braucht, wie bei der klassischen Sectio. Der andere Hauptvorzug beruht auf der Verlegung der Narbe aus dem Corpus uteri in den Cervix. Und hierüber sind in letzter Zeit die Erfahrungen der meisten Kliniken übereinstimmend. Die Narbe des zervikalen Kaiserschnittes ist bedeutend widerstandsfähiger als die des corporealen, wie die mehrfach beobachteten Fälle von erneuter Sectio ergeben haben.

Es sind, wie Schick zusammengestellt hat, von Dahlmann 23 (7 nach Fundalschnitt), von Werth 12, von Singer 34 (10 nach Fundalschnitt), von Scheffzek 2 Fälle (1 nach Fundalschnitt) von Uterusruptur nach klassischem Kaiserschnitt publiziert worden. Die einzelnen Autoren benutzten allerdings zum Teil dieselben Fälle. Einen Fall, den ich mit beobachtet habe, veröffentlicht Schick dazu, eine Spontanruptur, die wahrscheinlich schon in der Gravidität entstanden ist, nach Fundalschnitt. Sie endete mit dem Tode der Frau. Eine weitere Beobachtung von Uterusruptur nach klassischem Kaiserschnitt finde ich auch unter den von mir zusammengestellten Geburten (Fall 193).

Von den Narben nach zervikalem Schnitt, die erneute Schwangerschaft resp. Wehentätigkeit auszuhalten hatten, rühmt dagegen Scheffzek an 10 selbst beobachteten Fällen die absolute Festigkeit der Cervixnarbe und erwähnt Olow, dem 30 Fälle mit derselben Beobachtung zur Verfügung stehen. Mayer sagt über seine 2 von ihm beobachteten Fälle: „Das wesentlichste an beiden Fällen ist das, daß die alte Narbe . . . . nicht die geringsten Dehnungserscheinungen zeigte trotz der in beiden Fällen lange dauernden intensiven Wehentätigkeit.“ Rubeska erwähnt einen Fall von wiederholtem suprasymphysärem Kaiserschnitt: „Die Narbe in der Cervix war gar nicht sichtbar, war durch keine Verdünnung, durch keine Rinne angedeutet und nur an dem von der sero-serösen Naht herrührenden : . . . fortlaufenden Seidenfaden zu erkennen.“ Diese Erfahrungen lassen es also fast ausgeschlossen erscheinen, daß Rupturen der Narbe so häufig vorkommen wie beim klassischen Kaiserschnitt.

Weitere Nachteile der klassischen Sectio sind ferner die auch bei strengster Asepsis entstehenden größeren Adhäsionen der Därme untereinander und die des Uterus an der Bauchwand. Über den Zustand der Bauchhöhle nach zervikalem Kaiserschnitt sagt Mayer: „Betont muß werden, daß die Adhäsionen niemals Beschwerden gemacht haben und auf die Ausdehnung des Uterus in der Schwangerschaft und bei der Geburt keinen Einfluß haben. Im Gegensatz können die Verwachsungen des Uterus mit der Bauchwand nach alten Kaiserschnittsmethoden ungünstigere Verhältnisse schaffen als nach zervikalen Kaiserschnitten.“ Auch Küstner erklärt vom extraperitonealen Kaiserschnitt: „Es besteht zu Recht und zwar ebenfalls im Einklang mit Erfahrungen von Eröffnung der Bauchhöhle bei Frauen, bei denen früher ein extraperitonealer Kaiserschnitt gemacht worden war . . . : so einwandfrei und tadellos und frei von jeder Spur von Entzündung und Keimwirkung, wie nach extraperitonealem Kaiserschnitt, sieht man nach keiner Laparatomie die Bauchhöhle, am wenigsten nach intra- und transperitonealen

Kaiserschnitten.“ Auch Scheffzek macht auf diese Tatsache aufmerksam.

Gerade Küstner und Scheffzek sind es auch, denen die Erfolge besonders beim extraperitonealen Kaiserschnitt den Entschluß geben, ihre Indikationen für denselben wie folgt aufzustellen: Küstner: „In allen Fällen von räumlichem Mißverhältnis zwischen Kind und Becken, welches mit einiger Wahrscheinlichkeit die Geburt eines lebenden Kindes per vias naturales nicht zuläßt, wird der zervikale Kaiserschnitt gemacht.“ Er erklärt, daß er die Hebosteotomie und den Porro durch diese Operation ersetzen kann. Hannes begründet diesen Standpunkt Küstners in der oben schon mehrfach erwähnten Arbeit: Der Porro hat der Klinik schlechte Resultate geliefert, so daß er schon seit 1901 nicht mehr angewendet wird. Die Hebosteotomie sollte und ist wegen der starken Blutungen und der Gefahr der Weichteilverletzungen durch die Sectio caesarea ersetzt. Er fügt hinzu, daß die prophylaktische Operation der künstlichen Frühgeburt „mit allen ihr als solcher naturgemäß anhaftenden Schwächen und Fehlern nicht mehr nötig“ ist, da sie durch die Sectio ersetzt werden kann. Die künstliche Frühgeburt ganz aufzugeben, hält er nicht für berechtigt, da man für den Fall, daß eine Frau trotz dauernder Totgeburten die Sectio caesarea und eventuell die Hebosteotomie ablehnt, doch noch auf sie zurückgreifen müßte.

Scheffzeck: „Die absolut einwandfreien Verhältnisse, wie sie nach der extraperitonealen suprapubischen Sectio sich herstellen und bei späterer Schwangerschaft und unter der Geburt erhalten bleiben, bestärken uns in dem Entschluß, dem suprapubischen Uterusschnitt auf Kosten des klassischen Kaiserschnittes immer größere Ausdehnung zu geben, ihn völlig an die Stelle der Pubotomie zu setzen, ja selbst die künstliche Frühgeburt, die uns sehr zufriedenstellende Resultate stets gegeben hat, zu seinen Gunsten etwas einzuschränken, besonders in Fällen, wo ein lebendes Kind mit Sicherheit erzielt werden soll.“

Beide Autoren wollen also zu Gunsten des extraperitonealen Kaiserschnittes Operationen über Bord werfen, die ihnen zwar auch gute Resultate gegeben haben, deren Resultate aber sich mit denen des extraperitonealen Kaiserschnittes nicht messen können. Und ihre Erfahrungen unterschreibt Yamasaki, wenn er sagt: „Wir haben bei unseren Erfahrungen von dem extraperitonealen Kaiserschnitt die Überzeugung gewonnen, daß diese Operation in der Behandlung der engen Becken eine weitgehende Anwendung verdient.“

Auf die Frage, ob die transperitoneale oder die extraperitoneale Sectio vorzuziehen ist, möchte ich nicht genauer eingehen, da Berufenere als ich im Begriffe stehen, diese Frage zu entscheiden. Ich möchte da auf die Abhandlung von Herrn Geheimrat Küstner im Zentralblatt für Gynäkologie 1911, No. 27 verweisen, in der dieser seine Stellung zu dieser Frage klar präzisiert. Herr Geheimrat Küstner tritt voll und ganz für den extraperitonealen Kaiserschnitt ein. Und ich glaube nach allen meinen Ausführungen, daß tatsächlich der extraperitoneale Kaiserschnitt geeignet und berufen ist, die Resultate der Geburten bei engen Becken wesentlich zu bessern.

Nachdem ich so meiner Aufgabe einigermaßen gerecht geworden zu sein hoffe, möchte ich zum Schlusse meinen hochverehrten früheren Lehrern, Herrn Geheimrat Dr. Küstner für die Anregung zu dieser Arbeit, die Überlassung des Materials und die Durchsicht, Herrn Professor Dr. Hannes für die Unterstützung bei der Arbeit und die Durchsicht derselben meinen ergebensten Dank aussprechen.

Literaturverzeichnis.

Baisch, Indikationen und Technik der Wendung. Deutsche medizinische Wochenschrift. 36. Jahrgang. 1910. No. 51.

— Reformen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig 1907.

Bürger, Die Geburtsleitung bei engem Becken. Wien 1908.

Glöckner, Beitrag zur Lehre vom engen Becken. III. Teil. Leipzig 1908.

Hannes, Die Therapie bei engem Becken und ihre Wandlungen. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Band 63. 1908.

Heinsius, Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1894/95 bis 1896/97. Inaug.-Dissert. Breslau 1898.

Kapischke, Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1900/01 bis 1902/03. Inaug.-Dissert. Breslau 1907.

Kohn, Stefan, Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1903/04 bis 1907/08. Inaug.-Dissert. Breslau 1908.

Kretschmer, Julian, Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1897/98 bis 1899/1900. Inaug.-Dissert. Breslau 1907.

Küstner, Über den extraperitonealen Kaiserschnitt, seine Technik und Indikationsstellung. Münchener medizinische Wochenschrift. Jahrgang 1909. No. 34.

— Für den extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentralblatt für Gynäkologie. 35. Jahrgang. 1911. No. 27.

Leopold, Welche Stellung nimmt die klassische Sectio caesarea zur Hebosteotomie und zum extraperitonealen Kaiserschnitt ein? Archiv für Gynäkologie. 91. Band. 2. Heft. 1910.

Mayer, Zur Kasuistik des wiederholten suprasymphysären Kaiserschnittes. Münchener medizinische Wochenschrift. 58. Jahrgang. No. 24. 1911.

Metzler, Geburtsverlauf und Therapie beim engen Becken. 1891—1909. Archiv für Gynäkologie. 90. Band. 3. Heft. 1910.

Peham, Das enge Becken. Wien und Leipzig 1908.

Richter, Zur Kritik des zervikalen Kaisenschnittes. Archiv für Gynäkologie. 91. Band. 2. Heft. 1910.

Rubeska, Wiederholter suprasymphysärer Kaiserschnitt. Zentralblatt für Gynäkologie. 34. Jahrgang. No. 35. 1910.

Scheffzeck, Die Uterusnarbe des korporealen und zervikalen Kaiserschnittes und ihre Chancen bei späteren Schwangerschaften und Geburten. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 67. Band.

— Rückblick und Ausblick in der Therapie des engen Beckens. Archiv für Gynäkologie. 88. Band. 1909.

— Wiederholter suprapubischer Kaiserschnitt an derselben Frau. Deutsche medizinische Wochenschrift. 35. Jahrgang. No. 32. 1909.

Schick, Über einen Fall von Uterusruptur nach vorangegangenem klassischen Kaiserschnitt. Deutsche medizinische Wochenschrift. Jahrgang 1911. No. 37.

Yamasaki, Über Geburten bei engem Becken. Archiv für Gynäkologie. 91. Band. 2. Heft. 1910.

Lebenslauf.

Ich, Karl Eduard Max Bleisch, bin geboren am 9. Juli 1883 zu Oppeln als der Sohn des damaligen praktischen Arztes, späteren Königl. Kreisphysikus zu Cosel O/S., Dr. Max Bleisch und seiner Frau Klara geborenen Stenzinger, bin Preuße, katholisch. Ich besuchte das Pro-Gymnasium in Cosel O/S. und das Königl. Gymnasium zu Strehlen in Schlesien. Am 19. September 1902 bestand ich die Reifeprüfung. Michaelis 1902 wurde ich bei der medizinischen Fakultät der Universität Breslau immatrikuliert und beendete am 24. November 1905 das Tentamen physicum, am 27. Februar 1908 das medizinische Staatsexamen vor der Prüfungskommission in Breslau.

Als Medizinal-Praktikant war ich am städtischen Krankenhause zu Ratibor und am St. Hedwigskrankenhause zu Warmbrunn i. R. beschäftigt. Nach erhaltener Approbation diente ich als einjährig-freiwilliger Arzt und Unterarzt d. R. Von November 1909 bis März 1911 war ich als Assistenzarzt am städtischen Krankenhause zu Gleiwitz tätig. Darauf hatte ich die II. Assistenzarztstelle an der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Oppeln inne bis September 1911. Am 1. Oktober habe ich mich in Naumburg am Queis als praktischer Arzt niedergelassen.

Meine akademischen Lehrer waren:

Anschütz, Bonhoeffer, Brefeld, Czerny, Dienst, Filehne, Flügge, Garrè, Groenouw, Hasse, Heine, Hinsberg, Hürthle, Krause, Kükenthal, Küstner, Küttner, Ladenburg †, Lesser, Ludloff, O. E. Meyer †, Müller, Neißer, Peter, Ponfick, Röhmann, R. Stern †, von Strümpell, Uhthoff, Winkler, Zieler.

Allen meinen verehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen besten Dank.